



OUT - NOV - DEZ 2008

Parabéns!

dia 15 de outubro dia do PROFESSOR
dia 25 de outubro dia do DENTISTA

NESSA EDIÇÃO

- ❑ Enxerto de Calota Craniana, um recurso nas reconstruções de Maxila Atrófica (Pág. 93)
- ❑ Intermediários para Implantes Cone Morse - Seleção e utilização (Pág 96)
- ❑ Bruxismo – Formas de tratamentos e manejo dos pacientes portadores (Pág 105)
- ❑ Conceitos Financeiros básicos, para formação de preço e tomada de decisões (Pág 110)
- ❑ CURSOS 2008 - tenha esse diferencial em seu currículo - Inscrições Abertas! (Pág. 114)
- ❑ Espírito Olímpico - que sentimento é esse? em MOTIVAÇÃO (Pág. 120)
- ❑ Não deixe de conferir as Novidades em DE ONDE VEM (Pág. 121) e ACONTECE (Pág. 122).



CONHECIMENTO ATITUDE SORRISOS

Caros leitores,

Neste último trimestre serão comemorados dois dias importantíssimos para nossa instituição de ensino. Começaremos pelo **dia do dentista**, profissional que não só trata e previne as moléstias físicas oro faciais, mas também tem a responsabilidade de, como consequência deste tratamento, restabelecer parte do estado emocional dos nossos pacientes por trazer de volta a importante expressão de um sentimento de felicidade: O SORRISO. No mesmo mês de outubro, também comemoraremos o **dia do professor**, profissional que ensina publicamente uma ciência, técnica ou uma disciplina; só que o “ser professor” não se estabelece apenas com títulos ou vínculos empregatícios, mais que isso, ele é resultado de um espírito inovador, repleto de responsabilidades éticas e sociais, que tem a missão de estimular o pensamento crítico e ter a consciência de que essa profissão DEVE ser um exemplo para a sociedade. Conforme dito, esses dois dias têm um valor único para nossa escola, pois o ILAPEO tem a importante responsabilidade de aperfeiçoar a atividade clínica de nossos colegas através de cursos de pós-graduação e, para isso, contamos com um time de professores que sabem dos desafios que é ensinar e o fazem com muita competência. Só que hoje o ILAPEO traçou novas metas criando, com apoio da CAPES, o curso de mestrado em implantodontia, agora, os pilares odontologia e ensino estão mais do que enraizados em nossa casa.

Destacamos nesse número mais experiências internacionais que nossos colaboradores têm passado nesta “volta ao mundo” que parece não ter fim, divulgando a odontologia brasileira com muito entusiasmo aos sete continentes. Poderemos ler sobre a primeira participação de uma empresa latino americana no 18º Encontro da Academia Européia de Osseointegração. Podemos contar ainda com excelentes publicações técnicas aonde vamos conhecer um pouco mais a respeito da técnica de enxertia óssea a partir da área doadora de calota craniana. Muitas dúvidas e vários mitos se criaram a respeito da seleção de componentes protéticos para implantes cone Morse, o segundo artigo deste jornal veio para responder muitas dessas questões, quebrando alguns paradigmas e mostrando que esses implantes têm sim as mesmas opções restauradoras que outros sistemas de encaixe pilar/implante. O bruxismo é o foco do nosso terceiro texto, contanto com a escrita do mesmo time de autores que vem abrilhantando nosso periódico por todo este ano, atualizando os leitores sobre os distúrbios que afligem o aparelho estomatognático. “Conceitos financeiros básicos” é o próximo tema, mais uma vez com a importante missão de mostrar ao cirurgião dentista que não só técnica, mas também administração é uma importante arma na luta diária pelo sucesso profissional.

Finalmente, esperamos que vocês divirtam-se com todas as matérias e colunas que mostram o dia-a-dia do grupo de amigos que juntos compõem o ILAPEO.

Forte abraço,

Dr. Geninho Thomé
Diretor Científico

EXPEDIENTE

JILAPEO é uma publicação trimestral do ILAPEO, sob o Número Internacional Normalizado para Publicações Seriadas (ISSN) 1980-7961, com uma tiragem de 10.000 exemplares e distribuição gratuita.

As opiniões e conceitos descritos nos artigos são de inteira responsabilidade dos autores, não expressando necessariamente a opinião da equipe do JILAPEO.

Diretor Científico:
Dr. Geninho Thomé

Equipe do JILAPEO:
Adriana Cordeiro dos Santos
Alexandre Ricardo Dal Molin Molinari
Ana Flávia Sanches Borges
Jonathan Emerson Santana
Lucas Sodré
Mary Stella Dias Vitorio
Sérgio Rocha Bernardes

Atendimento ao Leitor, Normas de publicação e envio de artigos:
Departamento de Marketing

Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - CEP 80710-150 - Curitiba - PR
www.ilapeo.com.br / asantos@ilapeo.com.br / sbernar@ilapeo.com.br



ILAPEO

INSTITUTO LATINO AMERICANO DE
PESQUISA E ENSINO ODONTOLÓGICO



professor

Aquele que ensina transformar

CONHECIMENTO
em
ATITUDE

aluno

ATITUDES
que transformam
SORRISOS



paciente

SORRISOS
que nesse mês aparecem para
HOMENAGEAR.

15 de outubro dia do PROFESSOR 25 de outubro dia do DENTISTA

PARABÉNS

a todos os profissionais da odontologia e da educação, em especial aos nossos

PROFESSORES e ALUNOS



ILAPEO

DESTAQUE

E A VOLTA AO MUNDO CONTINUA...



No último trimestre que se passou tivemos importantes visitas de nossos profissionais a terras estrangeiras. O mais interessante foi que desta vez as viagens aconteceram praticamente todas ao mesmo tempo. O fato de termos nossos colegas em várias áreas do globo trabalhando em divulgar o nome do grupo Neodent representou uma difícil tarefa que foi muito bem executada em parceria com a Neodent, a Neotur e o ILAPEO. Parabéns a todos!



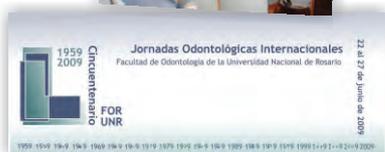
Primeiro, a Dra. Clemilda Thomé, o Sr. Iron Lemes e o Dr. Sérgio R. Bernardes foram a Polônia, mais precisamente em Varsóvia, para a 18º encontro da Academia Européia de Osseointegração (EAO), lá foram divulgados a Neodent e os cursos internacionais do ILAPEO. Esta foi a primeira vez em dezoito anos que uma empresa latina americana expôs nesse congresso tradicional de grande importância para a implantodontia mundial. Neste mesmo evento, o Prof. Ângelo Menucci, consultor científico Neodent, que foi a EAO para acompanhar as tendências da implantodontia Européia, foi visitar o estande.



Enquanto esse congresso acontecia, o Prof. Carlos Araújo foi para Bogotá na Colômbia para ministrar um curso aonde foram apresentados lindos casos clínicos que ilustravam as inovações da implantodontia mundial. Nesse mesmo período de tempo, o Prof. Alexandre Molinari esteve na Cidade Rosário na Argentina, onde ministrou, com muita competência, cursos no Hospital de Nossa Sra. do Rosário e na Universidade Nacional do Rosário.



Para finalizar a jornada internacional desse último semestre, o Prof. Sérgio Bernardes esteve em Lisboa, Portugal para ministrar um curso de atualização em implantodontia, evento organizado pela nossa filial lusitana.



As fotos acima mostram o Dr. Alexandre Molinari, durante as conferências realizadas na Argentina.



O click registrou o Professor Sergio Bernardes logo após a sua apresentação em Portugal.



As fotos mostram a equipe Neodent e alguns dos visitantes que estiveram no Congresso de Varsóvia - congresso de osseointegração europeu que ocorre a cada ano. Ano passado foi em Barcelona na Espanha, e no ano que vem será em Mônaco na Itália.

A Neodent foi a única empresa de implantes Sul-americana no evento. Estiveram presentes mais de 40 doutores brasileiros, que visitaram nosso stand e parabenizaram a Neodent por ser a única brasileira a estar presente, mostrando que realmente é a melhor empresa de implantes hoje no Brasil, para honrar a presença neste congresso.

Além dos brasileiros, mais de 400 profissionais de toda a Europa, e Ásia, visitaram o stand da Neodent. Todas as demais grandes empresas de implantes internacionais estavam presentes. Além de outras iniciantes.



As fotos acima mostram o Dr. Carlos Araújo em sua viagem à Bogotá na Colômbia. O evento foi organizado pela Neolmplants, a distribuidora Neodent no país.

ENXERTO DE CALOTA CRANIANA UM RECURSO NAS RECONSTRUÇÕES DE MAXILA ATRÓFICA

Ana Paula Farnezi Bassi*
Paulo Sérgio Perri de Carvalho**
Marco Tulio França***
Daniela Ponzoni****

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, a Odontologia obteve grandes avanços tecnológicos, influenciando significativamente cada uma de suas especialidades, principalmente a reabilitação oral. Entretanto, a presença de rebordo alveolar atrófico, seja por perdas dentárias ou por problemas patológicos, ainda é um grande desafio para o tratamento destes pacientes⁶.

Uma das formas para reabilitar estas áreas é realizar a melhora da quantidade óssea por meio de enxertos ósseos, permitindo assim que implantes osseointegráveis sejam instalados para suportar ou reter a prótese que tem como objetivo reabilitar o paciente^{10, 12, 4}. Entre os enxertos ósseos, considera-se o autógeno como o “padrão ouro”. Poderíamos contar como opções clínicas de áreas doadoras extra-orais para reconstruções totais de maxilas atróficas a crista anterior do osso ilíaco ou o osso parietal da calota craniana.

A literatura é vasta de informações a respeito dos resultados experimentais e clínicos dos enxertos obtidos de crista ilíaca na região craniofacial⁸. Essa região é a área doadora preferida de muitos autores, baseando-se na afirmativa de que o enxerto de calota craniana tem maior dificuldade de remoção acrescentando-se do fato de existir a possibilidade de complicações neurológicas, sendo este um fator decisivo para evitar sua remoção³.

Contudo, os trabalhos a respeito do uso do enxerto ósseo autógeno obtido de calota craniana relatam que esta área doadora tem menor morbidade pós-operatória quando comparado ao obtido de crista ilíaca, com a vantagem de apresentar o menor índice de reabsorção deste enxerto durante a incorporação^{14,16}. Outros autores destacam que o uso do enxerto de calota craniana possui menor dor pós-operatória³, excelente efeito cosmético da linha de incisão, uma vez que esta fica escondida no cabelo³, menor reabsorção⁵, melhor qualidade do osso neoformado¹⁴ o que favorece a estabilidade

primária inicial dos implantes osseointegráveis.

A técnica de obtenção do osso da calota craniana difere da crista do ilíaco no que diz respeito à seqüência de procedimentos, pois por se tratarem de áreas próximas (calota e boca) não há possibilidade de ocorrer a manipulação simultânea da remoção do enxerto e o acesso a área intra-bucal. Primeiro se faz necessário a remoção do enxerto da calota craniana para depois ocorrer o acesso a área receptora, o que resulta no aumento do tempo cirúrgico. Também se faz necessária a anestesia geral para a realização deste procedimento, sendo fundamental para o bom andamento do caso a formação de uma equipe composta pelo cirurgião bucomaxilofacial e o neurocirurgião.

DESCRIÇÃO DA TÉCNICA

O preparo do paciente para a cirurgia inicia a partir do procedimento de lavagem do cabelo com gluconato de clorexidina à 4%. Após a intubação naso-traqueal o cabelo é embebido novamente em clorexidina 4% ou gel, então se reparte o cabelo na região que é feita a incisão, não se realizando qualquer tipo de tricotomia. A antisepsia é feita com solução de clorexidina ou solução tópica de iodopovidona 10% (Povidine Tópica)^{1,2}. (Fig. 1)

Após a intubação naso-traqueal e o correto posicionamento do paciente, a região é infiltrada profundamente (até o periósteo) com Marcaína 0,5% ou Xylocaina 2% ambos com vasoconstrictor que tem a finalidade de diminuir a necessidade de anestésico inalatório, além de promover a hemostasia (Fig.2). Neste momento é feita uma incisão na região parietal, paralela à linha média iniciada cerca de dois centímetros posteriormente da linha de implantação dos cabelos estendendo-se para posterior, o suficiente para necessidade da quantidade de blocos ósseos que serão usados para a reconstrução.

O descolamento do tegumento, da gálea aponeurótica e do perióstio é realizada com rugina para, na sequência, aplicar um afastador auto-estático, cuja função é de manter a ferida aberta e também auxiliar na hemostasia^{1,2} (Fig. 3 e 4).

A osteotomia tem seu início por meio de trepanações anterior e posterior, realizada com auxílio de um trépano cirúrgico e tem por objetivo verificar a profundidade da tábua externa até ao nível da tábua interna. Desta maneira consegue-se determinar a profundidade da broca para realizar uma osteotomia mais segura sem que a tábua interna seja lesada durante esse procedimento (Fig. 5). Devemos lembrar que o osso removido é da tábua externa junto com a diploe, havendo a manutenção da tábua interna^{1,2}. (Fig. 6).

A seguir é feita a osteotomia com brocas 701 ou 702 dando a forma já dos blocos que serão utilizados na reconstrução óssea (Figs. 7 e 8), delimitando o montante do enxerto que são removidos com auxílio de cinzéis retos e curvos (Fig. 9). Caso ocorram áreas com sangramento pela presença de lagos venosos, esse pode ser contido com o uso de cera óssea ou o pó de osso oriundo das trepanações. A ferida é suturada com fio de nylon 2.0 e um curativo compressivo é realizado a fim de diminuir a possibilidade de formação de hematomas^{1,2}. Na sequência, inicia-se o procedimento intra-bucal convencional para fixação dos blocos ósseos.



FIGURA 1:
Fixação das compressas estéreis após aplicação de solução de Benjoin.



FIGURA 2:
Infiltração de solução anestésica.



FIGURA 3:
Linha de incisão iniciada a 2 cm atrás da área de implantação do cabelo. Descolamento da gálea aponeurótica e do perióstio com auxílio da rugina.



FIGURA 4:
Colocação do afastador auto-estático.



FIGURA 5:
Uso inicial do trépano.

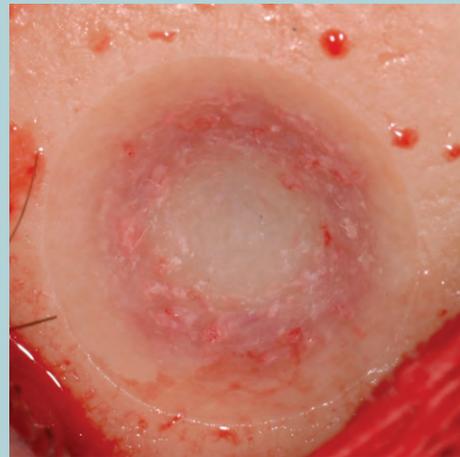


FIGURA 6:
Profundidade obtida pelo trépano cirúrgico, demonstrando a diferença entre a tábua externa, diploe e tábua interna.



FIGURA 7:
Osteotomia inicial realizada com brocas nº 701/702.

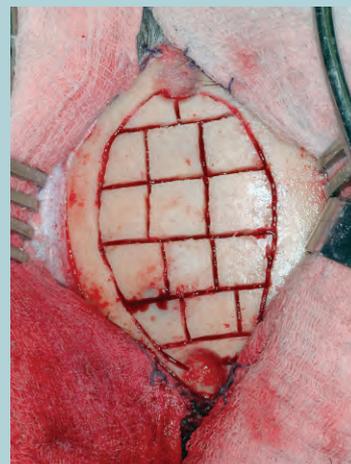


FIGURA 8:
Osteotomia terminada realizada com brocas nº 701/702, a partir das cavidades feitas com o trépano cirúrgico.

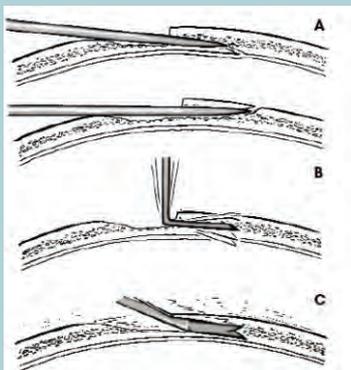


FIGURA 9:
Esquema de remoção dos blocos ósseos com o cinzel¹⁶.

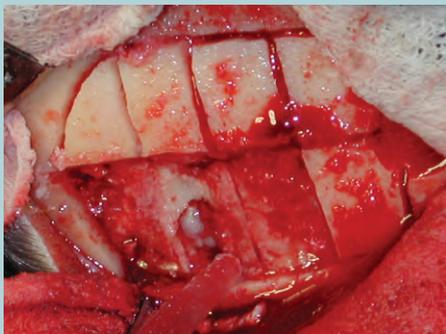


FIGURA 10:
Presença de lago venoso.



FIGURA 11:
Uso da cera óssea para controlar sangramentos difusos.

craniofacial skeletal augmentation and replacement. *Otolaryngol. Clin. N. Am.*, 1994; 27: 891-910.

5. Donovan MG, Nathan CD, Hanson LJ, Gustafson R. Maxillary and mandibular reconstruction using calvarial bone grafts and Branemark implants: A preliminary report. *J. Oral Maxillofac. Surg.*, 1994; 52: 588-594.

6. Frodel JL, Lawrence JM, Quatela VC, Weinstein GS. Calvarial bone graft harvest: techniques, considerations and morbidity. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.*, 1993; 119:17-23.

7. García RG et al. Cirurgia preprotésica e implantológica em pacientes com atrofia maxilar severa. *Med. Oral Patol. Oral Cir. Bucal.* 2005; 10:343-54.

8. Hardesty RA, Marsh JL. Craniofacial only bone grafting: A prospective evaluation of graft morphology, orientation and embryologic origin. *Plast Reconstr. Surg.*, 1990; 85: 5-13.

9. Kline RM, Wolfe SA. Complications associated with the harvesting of cranial bone grafts. *Plast. Reconstr. Surg.*, 1995; 95: 5-13.

10. Martinez MT, Ruiz CC. Maxillary sinus reconstruction with calvarium bone grafts and endosseous implants. *J Oral maxillofac Surg.*, 2004; 62: 344-347.

11. Maves MD, Matt, BH. Calvarial bone grafting of facial defects. *Otolaryngol. Head neck Surg.*, 1986; 95: 464-470.

12. Nyström E, et al. 10-year follow-up of onlay bone grafts and implants in severely reabsorbed maxillae. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2004; 33: 258-262.

13. Powell NB, Riley RW. Facial contouring with outer-table calvarial bone. *Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg.*, 1989; 115: 1454-1458.

14. Prolo, D.J. Autogenous skull bone grafts to reconstruct large or complex skull defects in children or adolescents. *Neurosurgery*, 1987; 20: 279.

15. Orsini G, et al. Histologic evaluation of autogenous calvarial bone in maxillary only bone grafts: a report of 2 cases. *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.* 2003; 18: 594-598.

16. Strong, E.B., Moulthrop, T. Calvarial bone graft harvest: A new technique. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2000, 123: 547-52.

17. Wilkinson, H.A. Autogenous skull bone grafts. *Neurosurgery*, 1987, 21:760.

REFERÊNCIAS

1. Carvalho, PSP, Bassi, A.PF, Garcia-Junior, IR, Franca, MT, Ponzoni, D. Enxerto de calota craniana para reconstrução de processo alveolar de maxila atrófica. Técnica de obtenção e dificuldades transoperatória. *Implant News*, v.3, n.6, p.572-577, 2006.

2. Carvalho, PSP, Bassi, A.PF, Garcia-Junior, IR, Franca, MT, Ponzoni, D. Enxerto de calota craniana para reconstrução de processo alveolar de maxila atrófica. Técnica de obtenção e dificuldades transoperatória. *Implant News*, v.3, n.6, p.572-577, 2006.

3. Carvalho, PSP, Bassi, A.PF, Garcia-Junior, IR, Franca, MT. Enxerto e calota craniana na reconstrução de maxilas atróficas In: 25 Atualização clínica em odontologia, p. 213-227, 2006.

4. Citardi MJ, Friedman GD. Nonvascularized autogenous bone grafts for

*Profa. Dra de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial da Fundação Educacional de Santa Fé do Sul - FUNEC
Profa. do Curso de Pós-graduação do ILAPEO

**Prof Titular. do Departamento de Cirurgia da Universidade de São Paulo – USP- Bauru
Prof. Titular do Departamento de Cirurgia e Clínica Integrada da UNESP- Araçatuba - SP

***Neuro-cirurgião
****Profa. Dra de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilo Facial da Fundação Educacional de Santa Fé do Sul- FUNEC
Profa. do Curso de Pós-graduação do ILAPEO

Endereço para correspondência
R. Aristides Rocha, 371 - Nova Iorque – SP
CEP 16018-485 - Araçatuba - SP
apfbassi@ig.com.br



ESTABILIDADE E SEGURANÇA na correção de deformidades

É para isso que existe nossa TECNOLOGIA.

A Neoortho traz com exclusividade o Sistema LOCKING 2.0. Ele possibilita a correção de deformidades decorrentes da fratura fixando-as de forma estável até que ocorra a consolidação óssea. Isso graças ao seu sistema de segurança e bloqueio, que impede a soltura do parafuso.

comercial@neoortho.com.br
(41) 2169.4095

NEOORTHO

INTERMEDIÁRIOS PARA IMPLANTES CONE MORSE: SELEÇÃO E UTILIZAÇÃO

Ivete Mattias Sartori*

Sérgio Rocha Bernardes**

Alexandre Molinari***

Caio Hermann****

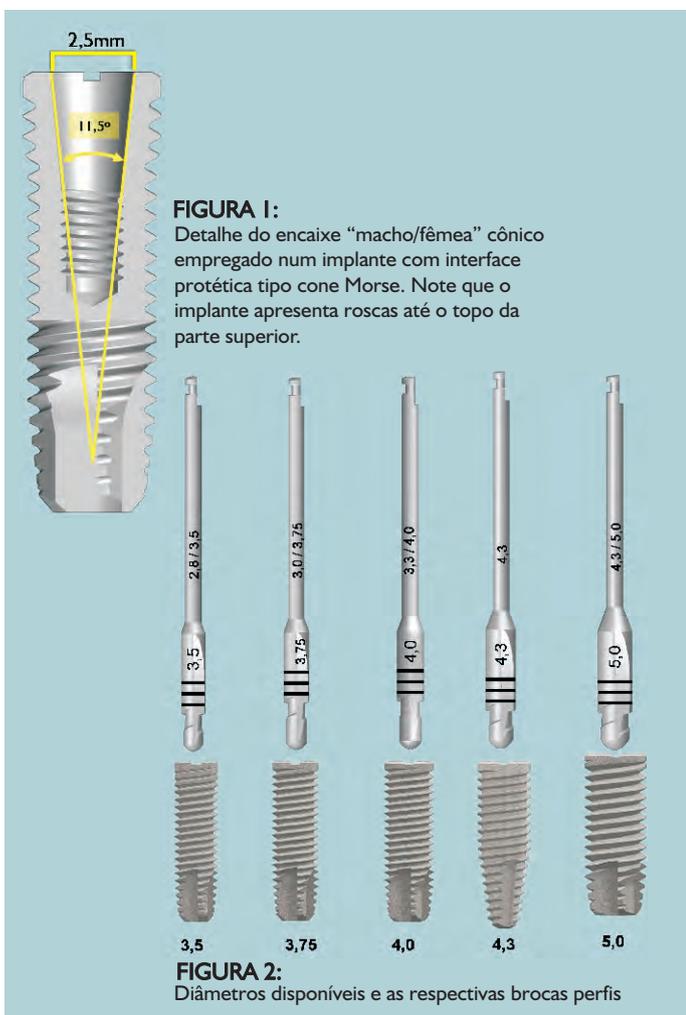
Geninho Thomé*****

Os trabalhos iniciados por Brånemark possibilitaram a substituição de elementos dentais perdidos por fixações de titânio inseridas em tecido ósseo, utilizadas como suportes de próteses para a reabilitação de pacientes totalmente desdentados¹. A técnica tem uso bem documentado e a margem de sucesso encontrada para os implantes e para as próteses tem sido satisfatória^{2,3}. Pacientes parcialmente desdentados também são reabilitados com próteses parciais fixas suportadas por implantes osseointegrados. A margem de sucesso para o procedimento também é alta, sendo considerado um tipo de procedimento clínico viável^{4,5,6,7}. No entanto, assim como relatos de acompanhamentos clínicos validaram a utilização dos implantes como importante opção de tratamento, alguns dados mostrando problemas mecânicos do tipo desapertos e fraturas de parafusos levaram à busca de novos desenhos para a interface protética. Dentre os desenvolvimentos, pode-se destacar as junções internas ao implante^{8,9}. Os exemplos mais utilizados seriam o hexágono interno e o cone Morse. Cone Morse foi um termo originado da indústria de ferramentas mecânicas, que designa um mecanismo de encaixe, na qual dois elementos desenvolvem uma ação resultante em contato íntimo com fricção, quando um elemento “macho” cônico é instalado numa “fêmea” também cônica (Figura 1). Este tipo de encaixe foi inventado por Stephen A. Morse e era amplamente utilizado para apertar uma broca ou mandril de máquinas de corte como, por exemplo, furadeiras. O ângulo cone Morse é determinado de acordo com as propriedades mecânicas de cada material, nesse existe uma relação entre os valores do ângulo e o atrito entre as peças. Esse é um mecanismo de encaixe bicônico. Em que a efetividade é significativamente aumentada devido à pré-carga gerada pelas superfícies de contato, do cone interno ao implante e do parafuso do intermediário, resultando no controle, manutenção e estabilidade do torque^{10,11}. Testes mecânicos em ambiente laboratorial de implantes com junções cônicas internas

ou “cone Morse” têm resultado em excelente estabilidade do componente protético^{12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,10,22,23,24,25,26}. Cálculos analíticos sobre diferentes parâmetros de implantes com junção interna cone Morse mostram que este tipo de interface, teoricamente, poderia resultar em grande retenção e estabilidade da prótese^{20,10,27,11,24,29,30,31,32,33}.

Para que a vantagem biológica desse tipo de interface possa ser manifestada, é necessário que a instalação do implante respeite algumas características. A instalação dos implantes cone Morse deve ser, pelo menos, 1 à 2 mm infra-ósseo, especialmente nas regiões estéticas. Tal manobra visa otimizar e facilitar a manutenção dos tecidos que circundam o terço cervical do implante dentário. Essas considerações trazem como consequência pequenas modificações do protocolo original ad modum Brånemark. No caso de regiões onde a estética não seria o foco principal e não há muita altura óssea disponível, poderá ocorrer instalações de implante ao nível da crista óssea. Nesses casos, se a quantidade de tecido gengival não for suficiente, o profissional poderá enfrentar situações de exposição de metal do sistema de retenção, exigindo componentes especiais para possibilitar reabilitações que não interfiram com a estética.

Um detalhe interessante que foi acrescentado ao implante cone Morse é a presença de roscas (Figura 1) até a região próxima ao topo do implante. Estudos mostram que a perda óssea periimplantar ou saucerização se estabiliza e para, normalmente, nas primeiras roscas dos implantes osseointegrados rosqueados³⁴. Além disso, como essa modificação incorporada ao desenho tornou o diâmetro do corpo do implante igual em todo o comprimento, não há a necessidade do uso das brocas “counter sink” para acomodar a cabeça do implante. O preparo só precisa permitir a acomodação da porção cervical que é de 1 mm. Isso é feito com uma broca piloto (do mesmo diâmetro do implante) (Figura 2).



Como aspectos clínicos interferem nas necessidades reabilitadoras, foram idealizadas diferentes propostas de pilares. Para que a indicação correta possa ser feita, é necessário que as condições locais sejam avaliadas e que a escolha seja feita explorando as indicações. Por isso, o objetivo do presente artigo é apresentar e esclarecer ao leitor seqüências clínicas, do ponto de vista protético, em que se empregam implantes com interface cone Morse Neodent® (Curitiba, Brasil). As diferentes opções de componentes protéticos para esse tipo de implante serão abordadas, chamando a atenção para detalhes importantes em relação a sua aplicação e uso, objetivando facilitar e melhorar as resoluções clínicas.

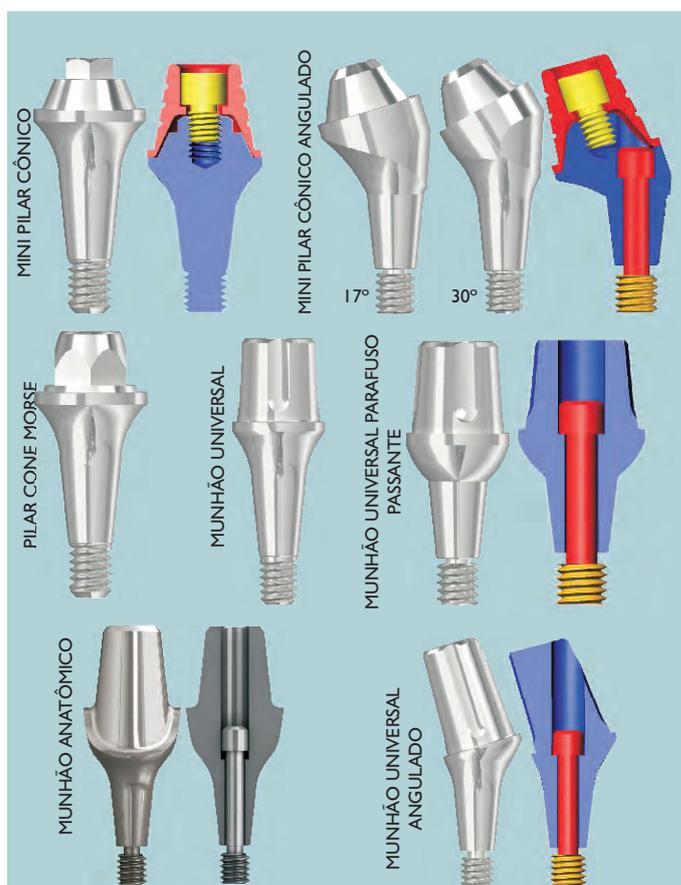
Na idealização dos componentes foram considerados fatores que respeitassem a escolha entre próteses cimentadas ou parafusadas e unitárias ou múltiplas e ainda as características dos tecidos circunjacentes tendo o cuidado de oferecer conceitos que já eram utilizados na empresa e opções fáceis de serem compreendidas.

CARACTERÍSTICAS GERAIS

De acordo com seu projeto mecânico, o implante cone Morse (Neodent®, Curitiba, Brasil) tem uma característica peculiar: não apresenta “plataforma protética”. O componente protético entra em contato com o implante através de sua interface, não existindo uma área de assentamento protética sobre a parte superior da região cervical do implante, como mostra a figura 1. Este fato possibilitou a idealização de componentes protéticos de mesmo desenho para todos os diâmetros de implante. O orifício central é o mesmo em todos os diâmetros de implante da linha regular (Figura 1). Os implantes WS e Zigomáticos usam intermediários diferentes pelo fato de possuírem orifício interno diferente (figura 3).

Na utilização dos implantes de diâmetro 3,5; 3,75; 4,0; 4,3 ou 5,0, o profissional não precisa se preocupar em identificar o diâmetro do implante na hora da seleção do intermediário protético, já que são

compatíveis para todos os implantes cone Morse, independente de suas características dimensionais, facilitando na logística do estoque do consultório dentário. Intermediários dos implantes cone Morse não apresentam o parafuso e o componente em duas peças separadas, esses são sempre juntos, porém podem ser vistos em duas linhas: intermediário de peça única ou com parafuso passante. Apesar disso, o parafuso da linha parafuso passante fica preso no componente, sem existir a possibilidade do dentista tirar o parafuso que fica alojado transpassando o intermediário. A figura 4 apresenta exemplos de componentes em peça única e parafuso passante, com detalhe na relação do parafuso com o intermediário.



A interface do implante cone Morse Neodent® não apresenta nenhum tipo de sistema anti-rotacional, facilitando o cirurgião no momento da instalação cirúrgica, pois o profissional nunca precisa se preocupar em onde o implante deve estabilizar e sim quando ele vai alcançar uma estabilidade primária favorável para longevidade de sua fixação. Do ponto de vista restaurador, esse detalhe permite com instalação do componente protético em 360 posições diferentes, facilitando nos casos de implantes angulados. A maioria dos componentes protéticos cone Morse são oferecidos em duas opções de angulação: 17° ou 30°, com três opções de transmucoso: 1,5, 2,5 e 3,5mm. Todo componente angulado possui um parafuso transpassando sua estrutura, compondo a linha “parafuso passante” assim como também todos os personalizáveis.

SELEÇÃO DO CICATRIZADOR



Na seleção dos cicatrizadores estuda-se o espaço protético tridimensional e a espessura da mucosa. Como o cicatrizador possui o mesmo desenho dos intermediários na porção subgingival, é importante que esse seja selecionado de acordo com a altura do tecido gengival e também com o mesmo diâmetro do intermediário que será posteriormente utilizado. As alturas de cinta disponíveis são: 0,8 à 6,5mm e os diâmetros disponíveis são 3,3 e 4,5mm. O formato do cicatrizador permite a cicatrização do tecido gengival. A área côncava oferecerá condições para crescimento tecidual e a escolha do intermediário deverá respeitar o contorno formado pelo cicatrizador (figura 5).

As alturas dos intermediários retos variam de 0,8 a 6,5 mm e deverão ser escolhidas de acordo com a altura gengival presente. Como o formato interno é o mesmo, se a altura do transmucoso do cicatrizador tiver sido escolhida muito alta, o tecido gengival formado vai respeitar aquele desenho. Se a escolha da cinta do intermediário não for compatível (for mais baixa), o intermediário exercerá muita pressão nos tecidos e o paciente relatará dor por compressão (Figura 6). Assim sendo, recomenda-se a escolha dos cicatrizadores no mesmo diâmetro do intermediário e na altura do tecido gengival. A escolha da altura do intermediário deverá ser compatível (Figura7). Quando escolhido na mesma altura, resultará em altura mais baixa em 0,9mm. Se a região exigir mais segurança em relação ao espaço subgingival, o intermediário poderá ser escolhido com cinta mais baixa, no entanto, deve-se proceder a anestesia prévia, instalar o intermediário e aguardar a acomodação tecidual para aplicar o torque.



FIGURAS 5A e B: Aspecto do desenho de um cicatrizador escolhido na altura do tecido gengival e o efeito do mesmo na conformação tecidual.



cicatrizador de 3.3 e 4.5 mm de altura intermediário de 3.3 e 2.5 mm de altura

FIGURAS 6A e B:

Simulação esquemática de uma escolha de intermediário com altura de cinta menor do que a cinta do cicatrizador. A convexidade do componente exercerá pressão no tecido mole.



cicatrizador de 3.3 e 4.5 mm de altura intermediário de 3.3 - 4.5mm de altura

FIGURAS 7A e B:

Simulação esquemática de uma situação de escolha do intermediário na mesma altura do cicatrizador. A diferença na altura final será de 0.9mm.

TIPOS DE INTERMEDIÁRIOS PARA IMPLANTES CONE MORSE

Nos casos de reabilitações, a primeira decisão a ser tomada será em relação ao tipo de prótese. Poderão ser cimentadas ou parafusadas. A decisão deverá ser baseada na análise das vantagens e desvantagens que as duas opções representam³⁵. Como os implantes cone Morse apresentam a característica de estabilidade de parafusos, é possível escolher próteses cimentadas sempre que as características clínicas sinalizarem para essa opção. Apenas nos casos em que o fator reversibilidade for importante (como por exemplo, em próteses parciais ou de arco total) as próteses parafusadas serão de eleição.

I. PARA PRÓTESE CIMENTADA

Os tipos de intermediários para próteses cimentadas são: munhão universal e munhão universal de parafuso passante.

MUNHÃO UNIVERSAL



São apresentados em duas versões: sólido e com parafuso passante. O munhão universal sólido é um componente de peça única. Deve ser indicado em situações de implantes bem posicionados, onde não haverá necessidade de adaptações no componente. O profissional deverá escolher a altura da cinta, o tamanho e diâmetro da porção

coronária e a angulação do implante. O de parafuso passante apresenta a opção de preparos em todo o contorno podendo ser adaptado em casos de inclinações de implantes ou em relação ao contorno cervical, onde se deseja personalizações de áreas proximais.

Além das opções de altura de transmucoso comentadas anteriormente, este componente é oferecido em duas opções de diâmetro (3,3 e 4,5mm) e duas opções de comprimento da parte coronária (4 ou 6mm). A seleção será baseada no espaço interoclusal oferecido e área de cimentação que se deseja. O término da parte coronária tem forma de chanfro e as paredes tem inclinações para otimizar o escoamento do cimento. Na situação de implantes angulados, também são disponíveis as duas opções citadas anteriormente (17° e 30°).

O munhão Universal, como todo componente da linha "intermediário usinado" pré-fabricado, possui acessórios disponíveis. Esses são: componentes de moldagem, análogos, copings para coroas provisórias, copings calcináveis ou copings em Alumina-Zircônia (figura 8). Todos esses acessórios são compatíveis aos munhões universais, independente da altura de sulco, angulação, se com parafuso passante ou não. Os componentes de moldagem são plásticos e de uso único. Eles se adaptam ligeiramente abaixo do término do componente através de "garras" que ultrapassam o desenho cervical do componente por isso, especialmente nos casos em que a da escolha da cinta do intermediário estiver mais de 1mm subgingival, deve-se esculpir o tecido gengival com provisórios, resultando em estética e adaptação do componente de moldagem. Os componentes para moldagem são para a técnica de moldeira fechada. O coping para provisório é feito em resina acrílica e o cirurgião só precisa das facetas pré-fabricadas para executar sua restauração, esse cilindro pode ser utilizado também para registro interoclusal, quando necessário. O cilindro calcinável é manipulado pelo técnico de laboratório para enceramento e posterior fundição no metal de preferência para aplicação de cerâmica. Já para os cilindros de Alumina-Zircônia o técnico só precisa aplicar cerâmica, a mesma utilizadas sobre copings metal-free reforçados. Os copings "metal-free" possibilitam o acréscimo de material restaurados cerâmico reforçado (cerâmica aluminizada, Build-up da Allceram, Dentsply), adaptando o caso clínico a cada situação particular, sem o risco de fratura da cerâmica feldspática por falta de apoio cerâmico.



FIGURA 8:

Acessórios da linha munhão Universal, disponíveis para todas opções de altura e diâmetro.

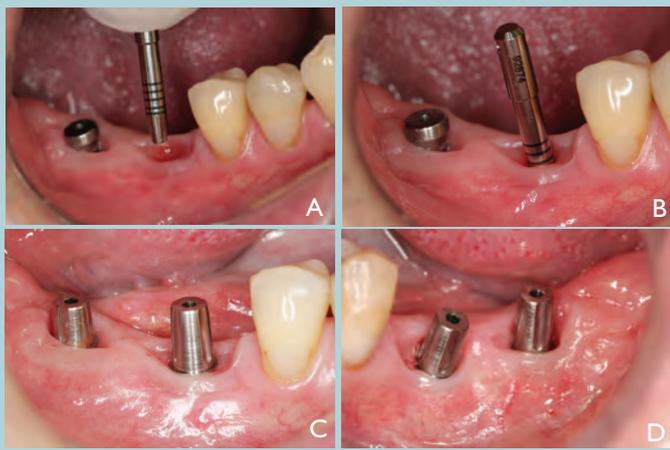


FIGURA 9:

Seqüência clínica munhão universal
 A e B - escolha da altura com o medidor de altura CM.
 C e D - munhões universais instalados.
 E - vista oclusal dos provisórios.
 F A e B - registros interocclusais sendo obtidos.
 G - Componentes de moldagem dos munhões universais em posição.
 H - Molde obtido: posicionar os análogos do munhão universal nos componentes de moldagem.
 I - modelo de gesso obtido.
 J A e B - Registros que foram obtidos em boca (fig 7) posicionados no modelo permitindo a montagem em articulador.
 L A e B - Coroas obtidas por aplicação de cerâmica em cilindros de alumina.
 M A e B - Prova das coroas em boca.
 N A e B - Radiografias obtidas no momento da prova.

Nos casos em que preparos se mostrem necessários, o ideal seria que o munhão utilizado fosse o de parafuso passante. Esse componente permite preparo em ambiente laboratorial. No entanto, se pequenos preparos se mostrarem necessários na parte ativa, onde a prótese é cimentada, para resolver algum problema de limitação do espaço interoclusal, sem a necessidade de modificação no término, eles poderiam ser realizados diretamente em boca. Nesta situação, os acessórios não podem mais ser utilizados pelo técnico e o preparo deve ser feito e depois se aplica o torque.

Nas situações em que o tecido mole da área a ser reabilitada apresenta diferentes alturas de papila, ou, nos casos em que a altura do tecido gengival na face vestibular exige um tamanho de cinta que não mostra uma boa opção de altura em relação ao nível ósseo interproximal (por resultar em adaptação infra óssea), o melhor seria indicar o uso do munhão de parafuso passante. Esse componente permite preparo e poderá oferecer o controle da área do término no laboratório.

Primeiro, o profissional fará a transferência da posição do implante para o modelo de trabalho, moldando o tecido periimplantar circundante com a ajuda de um componente para moldeira fechada, que se adapta direto na interface Cone Morse do implante. Com este modelo pronto em mãos, o técnico deve instalar um munhão Universal Parafuso Passante e prepara-lo em ambiente laboratorial. Note na figura 4 que a porção inferior do Munhão Universal Parafuso Passante apresenta uma forma convexa, diferente do Munhão Universal reto. Esta característica é que permite o preparo do mesmo, havendo uma boa quantidade de metal que admite a redução. O protético idealizará no componente todo o preparo cervical e coronário indicado. Depois do preparo, o técnico deverá fazer, em resina acrílica, um “guia de transferência” adaptado em todo o preparo e nas faces oclusais dos dentes vizinhos. A parte superior deve ser aberta possibilitando a entrada da chave para remoção e instalação do pilar. A figura 10G mostra o exemplo de um guia pronto para uso. Este passo é importante, pois com isso o dentista terá uma referência que vai permitir a instalação do munhão preparado sobre o implante do paciente na mesma posição em que o mesmo foi preparado no modelo. Para facilidade da técnica, é interessante que no uso desta idéia, a infra-estrutura da coroa definitiva já esteja preparada para prova e remontagem assim como a coroa provisória que será instalada, uma vez que não é aconselhável que o intermediário seja removido após a prova. A idealização da infra-estrutura protética no laboratório também significa uma facilidade técnica para a correta adaptação no intermediário, uma vez que é idealizada sobre o próprio intermediário preparado. É importante salientar que o parafuso desse componente possui uma área de união da haste do parafuso com a rosca feita através de soldagem. Assim sendo, tanto o dentista quanto o protético deverão tomar cuidados no trabalho com o mesmo. O torque recomendado é de 10 a 15N.cm. Suficiente para dar excelente embricamento²⁶ e não oferecer risco à integridade da união soldada.

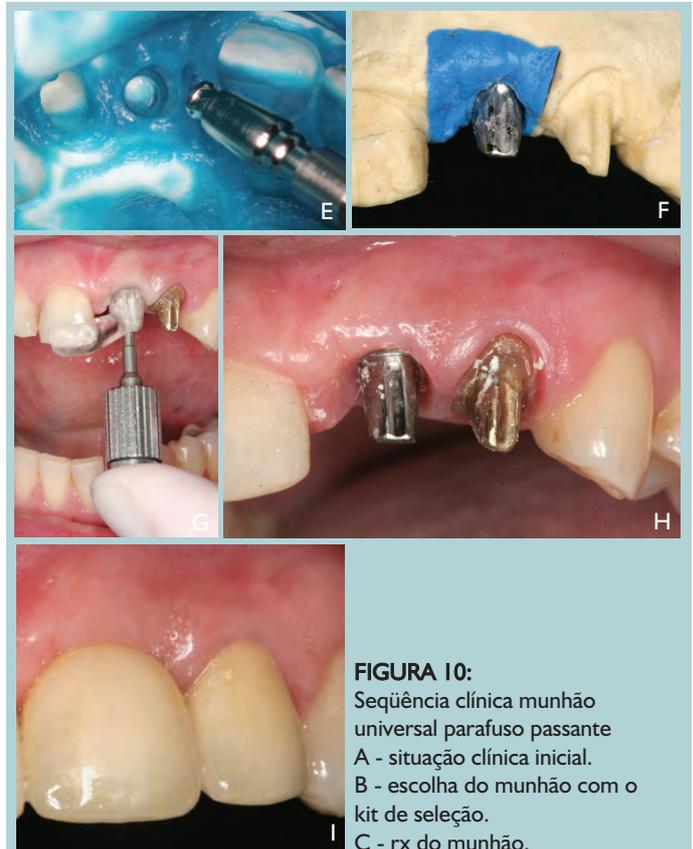


FIGURA 10:
Sequência clínica munhão universal parafuso passante
A - situação clínica inicial.
B - escolha do munhão com o kit de seleção.
C - rx do munhão.

D - transfer do implante.
E - conjunto transfer + análogo (reposicionamento).
F - preparo do munhão no modelo.
G - instalação do munhão + guia de posicionamento (15N.cm).
H - munhão instalado.
I - reabilitação concluída.

Nos casos em que há necessidade de angulação do componente mas não há necessidade de preparo cervical, o munhão universal angulado pode ser escolhido e instalado diretamente em boca, como ilustrado na figura 11. Nesse caso, o implante estava instalado em posição inclinada, o que exigia angulação do intermediário. No entanto, o uso de componente de seleção com cinta 2,5mm mostrava uma seleção cervical boa com o tecido gengival e com o nível ósseo interproximal. Fato que dispensava a necessidade de preparo cervical. Assim sendo, o componente pode ser usado direto em boca. Como não foi feito preparo, a seqüência do trabalho utiliza os componentes pré-fabricados.



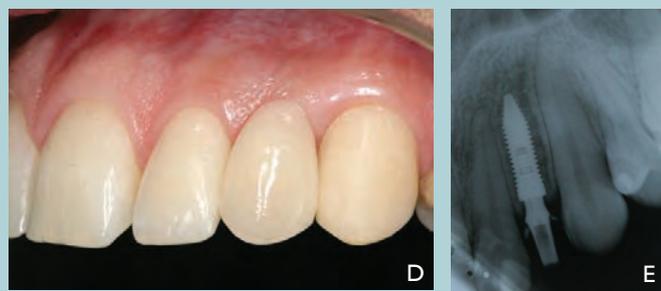


FIGURA 11:
 Seqüência clínica munhão universal parafuso passante
 A - componente de seleção em posição (cinta 2,5mm angulado 17°).
 B - imagem radiográfica do componente de seleção. Permite avaliação da cinta com o nível ósseo inter proximal.
 C A e B - instalação do munhão universal angulado 17°.
 D - coroa provisória instalada.
 E - imagem radiográfica da coroa provisória instalada.

MUNHÃO ANATÔMICO *Novo*



Está sendo idealizado um pilar na mesma linha do munhão universal com parafuso passante, porém com quantidade maior de metal para idealização do preparo. Esse é um componente que oferece mais massa de titânio para o preparo. O ideal é que seja escolhido possuindo altura da cinta cervical compatível com a exigência das áreas proximais do local em questão, podendo ser a mesma 1 a 2mm subgingival. As áreas expostas nas faces livres serão então preparadas em laboratório, da mesma forma descrita para os munhões de parafuso passante.

Há também a possibilidade de uso clínico para esse componente. A principal característica em relação à posição do implante que levará à escolha do mesmo será para casos em que se deseja a vestibularização da emergência da coroa. É como se ele estendesse a área cervical para o perfil de emergência da coroa. Há ainda as vantagens de permitir adaptações da porção coronária, cervical e de contorno interno. Assim sendo, pode ser completamente adaptado ao local da indicação (figura 12).



FIGURA 12:
 Seqüência clínica do uso de munhão anatômico. Esse componente está em período de desenvolvimento e em breve estará disponível no catálogo.
 A - aspecto oclusal do implante instalado.
 B - componente de seleção em posição.
 C - aspecto radiográfico do componente de seleção em posição.
 E - coroa cerâmica instalada.
 F - aspecto radiográfico final.

MUNHÃO PERSONALIZÁVEL *Especial*



Apesar de já estar bem estabelecida a necessidade da instalação a nível infra-ósseo do implante cone Morse, algumas vezes isso não acontece. O resultado de uma cirurgia em que o implante foi instalado acima da crista óssea pode ser exposição do implante na cavidade oral. O topo do implante a nível supra-gengival, impede a instalação de qualquer um desses intermediários comentados devido a porção metálica, que ficaria aparente. Nesse caso, a indicação de escolha do pilar seria o Munhão personalizável de 0.2. O seu uso exige do profissional os mesmos passos descritos para a linha do munhão universal de parafuso passante: o implante deve ser moldado. Após a obtenção do molde, deve instalar um análogo do mesmo diâmetro do implante que está no local (porque, em casos mais extremos, a adaptação da coroa envolverá a porção cervical do implante) e enviar para o laboratório. O protético posicionará o componente no modelo, fará os preparos que se mostrarem necessários, idealizará as coroas provisórias, as infra estruturas das coroas definitivas e um guia de transferência que permita o posicionamento do componente em boca na mesma posição do modelo. As coroas poderão ter seu término posicionado na porção cervical do implante, ou, nos casos em que os implantes aparecem em boca, o enceramento poderá envolver até a altura demarcada no análogo terminando em lâmina de faca. Notem que, apesar desse componente oferecer resolução para casos complexos, o ideal seria

que os mesmos não ocorressem. Esse é motivo pelo qual esse componente não está colocado no catálogo: para que os profissionais não se acostumem com a indicação e seu uso não seja muito grande. Deve ser entendido como um componente que tira o benefício biológico do conceito cone Morse.

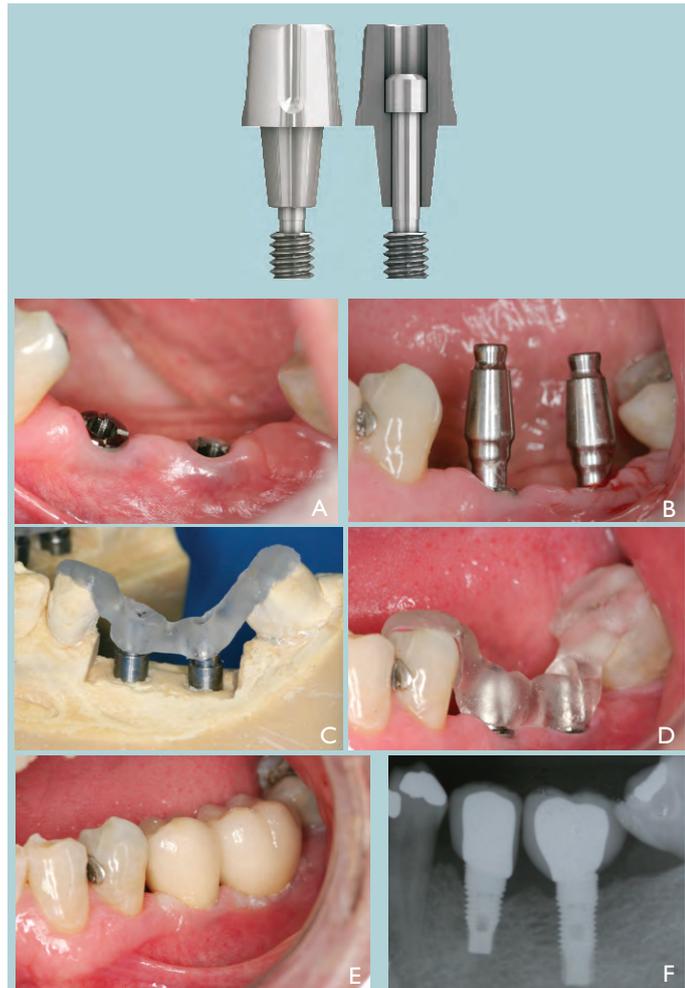


FIGURA 13:
Sequência clínica do uso de um pilar personalizado de 0,2mm.
A - implantes Cone Morse com problemas no posicionamento.
B - componentes de moldagem instalados diretamente nos implantes.
C - modelo obtido com os intermediários já preparados e guia de transferência em resina posicionado.
D - guia de transferência posicionado permitindo a transferência dos intermediários.
E - coroas cimentadas.
F - aspecto radiográfico.

2. PARA PRÓTESE PARAFUSADA:

Os intermediários para próteses parafusadas com interface cone Morse podem ser divididos em dois grupos: para próteses unitárias ou múltiplas.

PILAR CONE MORSE



Para reabilitações unitárias parafusadas, o profissional utilizará o Pilar cone Morse (Neodent®, Curitiba, Brasil) sobre o implante dentário instalando-o diretamente em boca. Ele deve ser indicado em caso de prótese unitária posterior onde, por algum motivo, não se deseje

uma prótese cimentada. Não é um pilar com boa indicação em dentes anteriores devido ao volume do componente. Também porque em segmentos anteriores a melhor indicação seria a prótese cimentada por permitir a obtenção de anatomias mais próximas dos elementos naturais que foram perdidos. Como o conceito Cone Morse é confiável em relação à estabilidade dos parafusos, não teria porque não indicar a prótese cimentada em área estética. No entanto, em áreas posteriores pode haver pouca altura inter oclusal ou distância mesio distal grande, colocando em risco a estabilidade de prótese unitária cimentada. Além disso, o pilar cone Morse é um componente que facilita os passos para confecção da prótese.

Contudo, esse pilar não apresenta opções anguladas. A figura 13 apresenta esse componente. Ele é como o pilar GT adaptado ao implante cone Morse. Como é um pilar de maior diâmetro, o anti rotacional está no desenho interno do cilindro. O parafuso protético também tem diâmetro maior, o que lhe confere maior resistência.

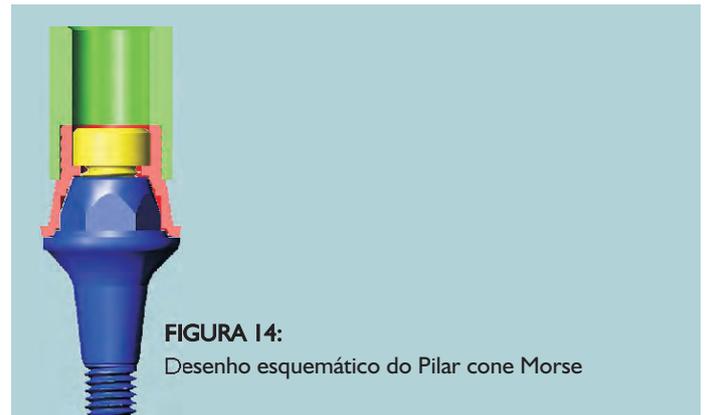
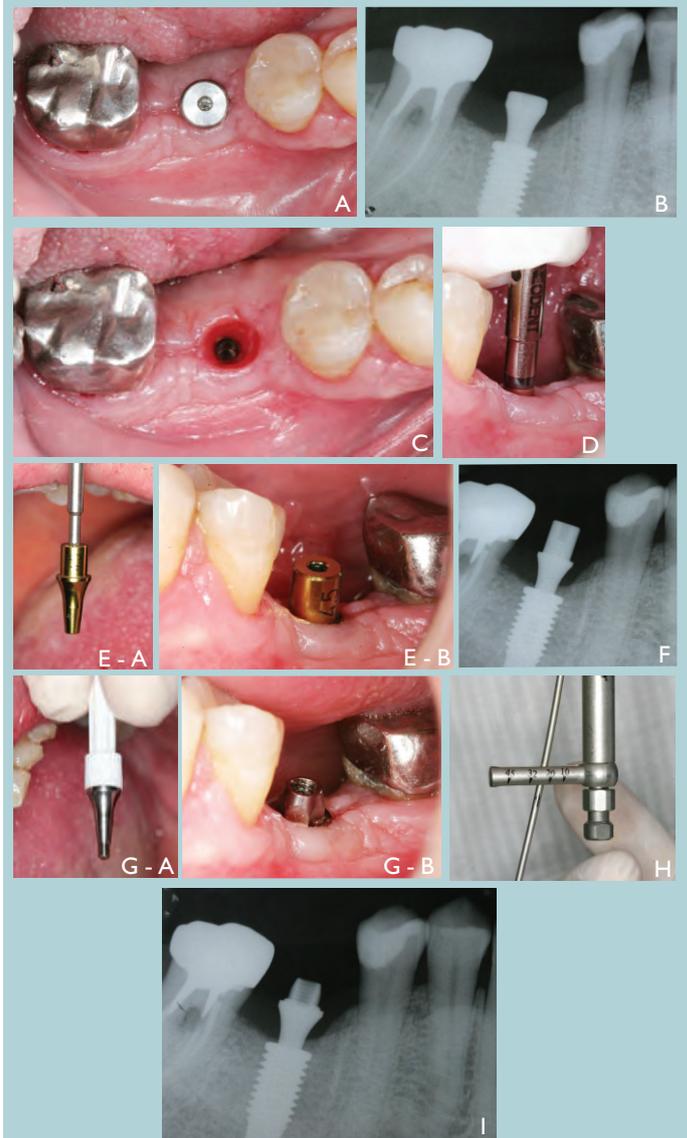


FIGURA 14:
Desenho esquemático do Pilar cone Morse



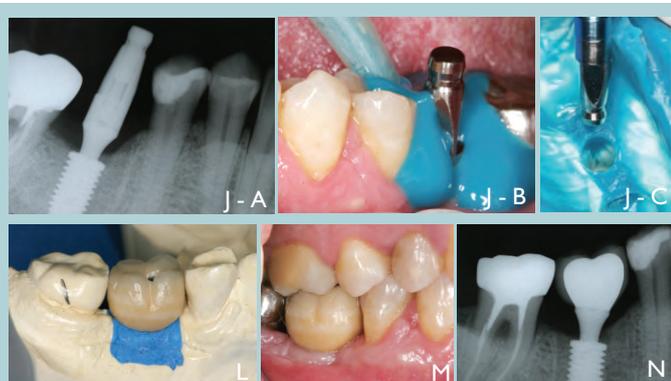


FIGURA 14:

Seqüência clínica do Pilar cone Morse.

A - aspecto oclusal do cicatrizador em posição.

B - aspecto radiográfico inicial.

C - vista oclusal mostrando o aspecto do tecido gengival condicionado pelo cicatrizador.

D - Medidor de altura CM posicionado permitindo a avaliação da altura do tecido gengival.

E - utilização de um componente do kit de seleção de pilares CM, permitindo a avaliação do nível gengival, da relação da altura escolhida com o osso proximal e da posição axial do implante.

F - aspecto radiográfico do componente de altura 4.5mm em posição, note a relação da cinta com o nível ósseo.

G - Pilar cone Morse de 4.5mm já instalado.

H - aplicação do torque recomendado: 32N.cm.

I - aspecto radiográfico do Pilar cone Morse 4.5mm instalado.

J - A - B - C - técnica de transferência: aspecto radiográfico do componente de moldagem instalado, inserção do material de moldagem e molde obtido.

L - coroa metalo-cerâmica no modelo.

M - coroa metalo-cerâmica - vista vestibular.

N - aspecto radiográfico após a instalação da coroa.

MINI PILAR CONE MORSE



Para as próteses múltiplas, a opção de intermediário é bem conhecida: o minipilar cônico (Neodent®, Curitiba, Brasil). Este é oferecido de acordo com as opções de cinta e angulações já comentadas. Houve o cuidado em não modificar o desenho do pilar para que não ocorresse modificação no conceito que já era utilizado nos implantes de hexágono externo ou hexágono interno e nem nas opções para confecção das próteses.

Após a instalação do pilar a seqüência para obtenção da prótese será a mesma que já era utilizada.

Em relação à escolha da altura de cinta do pilar, é recomendado que a mesma seja feita ao nível gengival, nos casos de carga imediata e 1 a 2mm subgengival nos casos de implantes já osseointegrados em áreas estéticas. Mesmo nos casos de próteses de arco total inferiores é melhor que a escolha não seja feita para que os intermediários fiquem supra gengivais (figura 16). Lembrar que a área côncava do intermediário cone Morse tem o papel de permitir o preenchimento da área com fibras e que as mesmas terão um papel na manutenção da altura do tecido gengival (Figura 17)

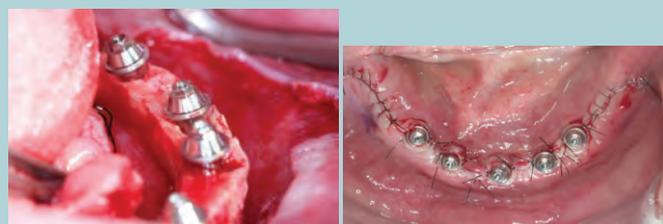


FIGURA 16:

Escolha da altura dos mini pilares cônicos em caso de carga imediata: Aproximar o tecido gengival e calcular o nível gengival que se estabelecerá após a sutura.



FIGURA 17:

Altura gengival mantida após o período de osseointegração.

RECURSOS AUXILIARES PARA A SELEÇÃO DOS INTERMEDIÁRIOS

Para auxiliar na seleção dos intermediários existe o medidor de altura cone Morse (Figura 18) e o kit de seleção protética (figura 19). O kit oferecido pela empresa foi fabricado em titânio, possibilitando esterilização e imagem radiológica. Devem-se estudar as seguintes características:

A. Prótese unitária ou múltipla.

B. Prótese aparafusada ou cimentada.

C. Espaço protético inter-oclusal (altura e largura).

D. Necessidade de correção de angulação ou paralelismo entre os componentes.

E. Quantidade (altura) e qualidade do tecido transmucoso.

F. Distância do término da prótese (linha de cimento) a crista óssea periimplantar.

Deve-se estar atento, em especial nos casos de envolvimento estético, com a característica "F". Durante a seleção do componente protético, deve-se realizar uma radiografia para avaliar a relação do término da prótese com a crista óssea, esta distância deve ser de no mínimo 1mm, porém valores de 2 a 3mm são preferíveis quando existe essa possibilidade. Esta manobra visa manutenção do tecido ósseo, em virtude de respeitar o espaço biológico periimplantar. A Figura 19 exemplifica um caso clínico em que essa seleção foi empregada.



FIGURA 18:

Medidor de altura cone Morse. Permite a análise da altura do tecido gengival.

CONCLUSÃO

Os implantes cone Morse apresentam opções de componentes protéticos para reabilitação dos espaços edentulos com sucesso, para todas as realidades clínicas, sem nenhuma diferença em relação a qualquer outro tipo de sistema de implante. No entanto, como em todos os casos de introdução de um novo conceito, é necessário que os profissionais estudem e conheçam as corretas indicações de cada um dos componentes. Assim, também é útil que a correta posição do implante seja obtida com base em um correto planejamento, para que todas as vantagens oferecidas por esse novo desenho possam ser exploradas e obtidas.

REFERÊNCIAS

1. Brånemark P-I; Hansson BO; Adell R; Breine U; Lindström J; Hallén O. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plast Reconstr Surg Suppl 1977; 16: 1-132.
2. ADELL R. et al. A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Int J Oral Surg, 1981; 10(6): 387-416.
3. ADELL R., et al. A long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. Int. J. Oral Maxillofac. Implants, v.5, n.4, p.347-59, 1990.
4. VAN STEENBERGHE, D. Bolender, C. et al. The applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism: a prospective multicenter study on 558 fixture. International Journal of oral and Maxillofacial implants, 1990, p. 272-281.
5. ZARB, G.A. & Schmitt, A. The longitudinal clinical effectiveness of osseointegrated dental implants in anterior partially edentulous patients. International Journal of prosthodontics, 1993, p. 180-188.
6. ENDRESEN, M.D. et al. Annual review of selected dental literature: Report of the Committee on Scientific Investigation of the American Academy of Restorative Dentistry, J. Prosthet. Dent. 1995; 74(1): 60-83.
7. de Deus G, Camanho D, Mendes MCS, Costa E, Souto C, Saliba FM. Avaliação do grau de sucesso de implantes Neodent nos cursos de Implantodontia da Unesa/RJ – um retrospectivo de cinco anos. Revista Implantnews 2007; 4:617-20.
8. Binon 2000a;
9. Jokstad A, Braeger U, Brunski JB, Carr AB, Naert I, Wennerbergh A. Quality of dental implants. Int Dent J 2003; 53(suppl 2):409-443.
10. Perriard J, Wiskott WA, Mellal A, Scherrer SS, Botsis J, Belser UC. Fatigue resistance of ITI implant-abutment connectors - a comparison of the standard cone with a novel internally keyed design. Clin Oral Implants Res 2002; 13:542-549.
11. Bozkaya D, Müftü S. Mechanics of the tapered interface fit in dental implants. J Biomech 2003; 36 (11): 1649-1658.
12. Sutter F, Weber HP, Sorensen J, Belser U. The new concept of the ITI dental implant system: design and engineering. Int J Periodontics Rest Dent 1993; 13:409-431.
13. Binon PP, Sutter F, Beatty K, Brunski J, Gulbransen H, Weiner R. The role of screw in implant systems. Int J Oral Maxillofac Implants 1994; 9(suppl 1):48-63.
14. Möllersten, Lockowandt e Lindén 1997;
15. Norton MR. An in vitro evaluation of the strength of an internal conical interface compared to a butt joint interface in implant design. Clin Oral Impl Res 1997; 8:290-298.
16. Norton MR. Assessment of cold welding properties of the internal conical interface of two commercially available implant systems. J Prosthet Dent 1999; 81: 159-66.
17. Norton MR. An in vitro evaluation of the strength of the conical implant-to-abutment joint in two commercially available implant systems. J Prosthet Dent 2000a; 83:567-71.
18. Norton MR. An in vitro evaluation of the strength of a 1-piece and 2-piece conical abutment joint in implant design. Clin Oral Implants Res. 2000b; 11:458-64.
19. Romanos GE, Nentwig GH. Single molar replacement with a progressive thread design implant system: a retrospective clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 2000; 15:831-836.
20. Merz B, Hunenbart S, Belser UC. Mechanics of the implant-abutment connection: an 8-degree taper compared to a butt joint connection. Int J Oral Maxillofac Implants 2000; 15:519-526.
21. Khrasat A, Stegaroiu R, Nomura S, Miyakawa O. Fatigue resistance of two implant/abutment joint designs. J Prosthet Dent 2002; 88:604-10. 22. Çehreli MC, Akça K, Iplikçioğlu H, Sahin S. Dynamic fatigue resistance of implant-abutment junction in an internally notched morse-taper oral implant: influence of abutment design. Clin Oral Implants Res. 2004 Aug; 15(4):459-65.
23. Kitagawa T, Tanimoto Y, Odaki M, Nemoto K, Aida M. Influence of implant/abutment joint designs on abutment screw loosening in a dental system. J Biomed Mater Res B: Appl Biomater 2005; 75B:457-463.
24. Ernekint C, Ödman P, Örtengren U, Karlsson S. An in vitro load evaluation of a conical implant system with 2 different designs and 3 different retaining-screw alloys. Int J Oral Maxillofac Implants 2006; 21:733-737.
25. Coppédé A. 2007.
26. Bernardes SR. Avaliação mecânica da estabilidade de parafusos protéticos em diferentes sistemas de retenção pilar/implante. Tese, FORP/USP/Ribeirão Preto, 120 p.
27. Şahin S, Çehreli MC, Yalcin E. The influence of functional forces on the biomechanics of implant-supported prostheses - A review. J Dent 2002; 30:271-282.
28. Bozkaya D, Müftü S. Mechanics of the taper integrated screwed-in (TIS) abutments used in dental implants. Journal of Biomechanics 2005; 38:87-89.
29. Akour SN, Fayad MA, Nayfeh JF. Finite element analyses of two antirotational designs of implant fixtures. Implant Dent. 2005 Mar; 14(1):77-81.
30. Chun HJ, Shin HS, Han CH, Lee SH. Influence of implant abutment type on stress distribution in bone under various loading conditions using finite element analysis. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Mar-Apr; 21(2):195-202.
31. Maeda Y, Miura J, Taki I, Sogo M. Biomechanical analysis on platform switching: is there any biomechanical rationale? Clin Oral Implants Res. 2007; 30:1-4.
32. Malevez C, Hermans M, Daelemans P. Marginal bone levels at Brånemark system implants used for single tooth restoration. The influence of implant design and anatomical region. Clin Oral Implants Res. 1996 Jun; 7(2):162-9.
33. Chee W, Jivraj S. Screw versus cemented implant supported restorations. British Dental Journal 2006; 201:501-507.



FIGURA 19:
Kit de Seleção protética cone Morse



FIGURA 20:
A posição da linha de cimentação do munhão universal deve ser no mínimo 1,0mm subgingival e 1,5mm afastada do tecido ósseo, respeitando a estética e o espaço biológico periimplantar.

APLICAÇÃO DOS TORQUES

Os componentes de peça única deverão ser apertados com torque de 32 Ncm. Os componentes que possuírem parafusos passantes não podem receber torque maior do que 15N.cm. No caso das próteses parafusadas sobre mini pilar cônico, utiliza-se 10N.cm no parafuso de retenção protético e quando se usa o munhão Cone Morse, 20 N.cm (no parafuso protético).

Seleção de Componentes Protéticos CM

Tipo de Prótese	Posição do implante		Prótese Únitária	Prótese Múltipla
	Prótese Únitária	Prótese Múltipla		
1. Parafusada.	Prótese Únitária.	Prótese Múltipla.	X	X
	✓ Pilar GT.	✓ Mini pilar cônico.		
2. Cimentada.	Posição do implante		Prótese Únitária.	Prótese Múltipla.
	✓ Bem posicionado.	✓ Inclinado ou exigindo personalização do componente protético.	✓ Implantes supra ou ao nível gengival (com falta de tecido mole) - Munhão personalizável (0,2mm).	
	✓ Munhão Universal.	✓ Munhão Universal Parafuso passante.		
A. Nível do Intermediário			B. Nível do Implante	
Forma de Trabalho				

BRUXISMO

FORMAS DE TRATAMENTO E MANEJO DOS PACIENTES PORTADORES

Fernanda Faot*

Ana Claudia Moreira Melo**

Caio Hermann***

Altair Antoninha Del Bel Cury****

Nos três primeiros capítulos, noções acerca do entendimento contemporâneo do bruxismo foram descritas. Uma vez compreendido estes novos conceitos e diante de uma visão modificada sobre a etiologia e abordagem clínica e diagnóstica, finalizamos nosso estudo com as informações que mais despertam o interesse dos clínicos. Desta forma discutiremos nesse capítulo quais as formas de tratamento descritas na literatura científica e que podemos aplicar em nossa clínica diária para o manejo dos pacientes portadores de bruxismo.

INTRODUÇÃO

Atualmente ainda não há cura específica para o bruxismo. O papel do clínico é controlar o bruxismo noturno, tendo como objetivo primário prevenir danos às estruturas orofaciais e redução de problemas sensoriais¹. Segundo Lobezoo et al (2008)² o tratamento do bruxismo é indicado quando qualquer uma das seguintes possíveis consequências podem ser causadas por esta desordem: atrição (ex. desgaste mecânico resultante da parafunção), hipertrofia dos músculos mastigatórios, fraturas/falhas de restaurações e implantes dentários, dor de cabeça e dor no sistema mastigatório (desordens temporomandibulares).

Intervenções atuais são orientadas em relação a estratégias de comportamento, oclusais e farmacológicas (Quadro 1)¹; entretanto estudos controlados confirmando a eficácia destas estratégias ainda são necessários, uma vez que a maioria dos estudos científicos publicados possui baixo nível de evidência (somente 13% são estudos clínicos randomizados)². Além disso, o sucesso de qualquer uma das intervenções está diretamente relacionado à preocupação do paciente com a desordem e controle do estresse e ansiedade¹.

I. ESTRATÉGIAS DE COMPORTAMENTO:

Devem iniciar com uma explicação curta e fácil de ser entendida do que é o bruxismo, incluindo sua definição, causas e consequências. Em seguida, o clínico deve falar sobre a higiene do sono (Folhetos e dicas de como dormir melhor). Estratégias psicológicas e de comportamento para o bruxismo noturno tem sido de grande interesse nos últimos anos³⁻¹¹. Nenhum efeito persistente pode ser observado com estratégias de relaxamento e redução de tensão ou exercícios, mas vários pacientes têm relatado sensação de bem estar¹⁻². A redução tanto da atividade eletromiográfica quanto da frequência de ranger os dentes após hipnose já foi relatada⁸⁻⁹, entretanto, nestes estudos nenhuma terapia controle foi utilizada. O uso do biofeedback, que utiliza o paradigma de que o bruxista pode desaprender seu comportamento nocivo quando um estímulo o faz despertar de suas atividades musculares de forma adversa, tem sido utilizado como terapia tanto para o bruxismo diurno quanto para o noturno⁵⁻⁷⁻¹¹. Terapias baseadas no tratamento comportamental cognitivo³ também têm sido utilizadas concomitante com o uso de aparelhos interoclusais², bem como relacionada à redução na atividade eletromiográfica dos músculos mastigatórios durante o bruxismo noturno, mas o efeito pode não durar sem o uso regular do aparelho¹².

Legenda tabela a seguir: Sinais na cor vermelha referem-se aos níveis de evidência extraídos da literatura científica corrente: (+) evidência positiva para a redução do bruxismo do sono; (-) evidência de exacerbação do bruxismo do sono; (0) sem efeito; (?) evidência questionável ou desconhecida; (cr) baseada em relatos de caso.

Comportamental (Não suportado por forte evidência)

- Esclarecimentos das causas ou fatores agravantes do bruxismo do sono
- Substituição do hábito de apertamento dentário ou rangimento durante o dia em reação as pressões diárias (ex. por respiração abdominal)
- Revisão do estilo de vida, higiene do sono, relaxamento (meditação), hipnose, automonitoramento
- Biofeedback
- Fisioterapia e Treinamento físico (alongamento, relaxamento, respiração)
- Psicoterapia (manejo do estresse/pressão diária, autosugestão, terapia cognitivo-comportamental)

Oclusal

- Protetores bucais (soft, períodos curtos) para proteção dental (-)*
- Aparelhos interoclusais (rígidos, necessidade de controles periódicos) para proteção dental, mas possuem risco de agravar quadros de apnéia em pacientes com distúrbios respiratórios do sono.
- Aparelhos interoclusais com vibração ou estimulação elétrica do lábio (novo)(+)
- Dispositivos de proteção anterior (ex. NTI – Nociceptive Trigeminal Inhibition); falta de estudos controlados (?)
- Oclusão (controvérsias entre equilíbrio oclusal e correções ortodônticas) (?)

Farmacológico

(Uso clínico por curto período de tempo, casos precisos e severos)

Sedativos e Relaxantes Musculares

- Diazepan (+/cr), Clonazepan (+), Lorazepan (?)
- Metocarbamol (+), Clonazepina (?)
- Buspirona (+/cr)

Relacionados à serotonina

- Triptofan (0)
- Amitriptilina (0)
- Venlafaxina (+/cr)
- Trazodona (?)

Relacionados à dopamina

- L-dopa (+)
- Bromocriptina (0)
- Pergolide (?)
- Pramiprexolona (?)
- Gama-hidroxitubirato (+/cr)

Cardioativas

- Propanolol (+ e-) para ranger de dentes
- Clonidina (+) / risco de hipotensão

Outros

- Toxina Botulínica (não existe estudo controlado para Bruxismo do sono)
- CPAP ou Aparelhos de avanço mandibular para apnéia do sono

2. ESTRATÉGIAS DE OCLUSAIS:

Duas categorias de abordagem têm sido descritas na literatura, as verdadeiras intervenções oclusais e os aparelhos interoclusais².

2.1. Verdadeiras intervenções oclusais

Esta categoria inclui abordagens como equilíbrio oclusal para redução de interferências oclusais, reabilitação oclusal e tratamentos ortodônticos que objetivam estabelecer uma relação harmoniosa entre as superfícies oclusais. Entretanto além de consideradas modalidades invasivas para o tratamento do bruxismo, possuem eficácia controversa com baixa qualidade de evidência. Ainda, considerando-se que a etiologia do bruxismo é regulada centralmente e não periféricamente¹³ pode-se concluir que pesquisas futuras nestas modalidades terapêuticas são redundantes². Neste contexto, ajustes oclusais somente são realizados quando for necessário restaurar o conforto oral após restaurações dentárias (coroas e próteses) ou tratamento ortodôntico¹.

2.2. Aparelhos interoclusais

Estes dispositivos são também conhecidos como o protetor bucal ou aparelho de estabilização interoclusal e possuem a função de proteger as estruturas dentais e periodontais contra alguns efeitos adversos de uma sobrecarga elevada. O conceito de que estes dispositivos interoclusais podem ser utilizados para o tratamento do bruxismo pela remoção de interferências oclusais que se pensava deflagrar a atividade de bruxismo não é mais sustentável¹⁴.

O uso de dispositivos macios tem sido recomendado para uso por curto período de tempo pois pode degradar-se rapidamente¹, além disso, não devem ser utilizados indiscriminadamente, pois são mais difíceis de serem ajustados e podem induzir a movimentos dentários indesejáveis².

O aparelho de estabilização interoclusal rígido de cobertura total (Figura 1) tem sido considerado mais efetivo na redução da atividade do bruxismo quando comparado a aparelhos macios¹⁵, e amplamente utilizado (ex. proteção dos dentes) para aqueles pacientes que apertam e rangem os dentes severamente e com alta frequência (pelo menos 3 vezes por semana)². Contudo, nem todos estes pacientes sentem alívio com esses tratamentos ortopédicos. Com relação a sua utilização, em um estudo cruzado polissonográfico controlado que comparou tratamentos com aparelhos interoclusais de cobertura total (envolvimento de todos os dentes superiores) com aparelhos palatinos sem cobertura oclusal observou-se 40 a 50% de redução no número de episódios de bruxismo noturno em duas semanas¹². Entretanto, este efeito positivo obtido rapidamente não foi encontrado por estudos similares realizados por Van de Zaag et al¹⁶ que não observaram efeitos significantes após 4 semanas de uso, e por Harada et al¹⁷ que avaliaram um período de 6 semanas. Assim sugeriu-se que estes aparelhos interoclusais possuam apenas um efeito transitório (determinado por eletromiografia) sobre o bruxismo do sono como mensurado por um período superior a 6 semanas³⁷. Em longo prazo, Ommerborn et al³ observou a redução da atividade de bruxismo após 12 semanas de utilização de aparelhos interoclusais que continuaram após um período de acompanhamento de 6 meses.

Diferentemente, o uso de aparelhos interoclusais de cobertura total superior não é recomendado para pacientes portadores de bruxismo e apnéia do sono concomitantes, pois podem agravar os distúrbios respiratórios¹⁸. Por fim, é importante ressaltar que colaboração dos pacientes com o uso destes dispositivos diminui com o tempo¹, e atualmente pode-se dizer que estes dispositivos podem ser considerados “muletas” ou “amortecedores” para prevenção de danos teciduais ou influenciar hábitos orais¹⁴.

Outros dispositivos intra-orais também são utilizados para pacientes com bruxismo noturno como aparelhos de avanço mandibular bimaxialres¹⁹ (Figura 2) que permitem liberdade horizontal e vertical

Quadro I: Tratamento Paliativo do Bruxismo do Sono baseados na literatura corrente¹.

para os movimentos rítmicos mandibulares. Este aparelho tem demonstrado boa tolerabilidade em pacientes com bruxismo e apnéia do sono concomitantes, apesar de serem observados neste estudo relatos de dor localizada em 2/3 da amostra estudada e de falhas (fraturas do aparelho) não serem raras.

Vários tipos de placas de mordida anteriores também estão disponíveis, mas sua eficácia e segurança no controle do bruxismo noturno ainda devem ser comprovadas em estudos polissonográficos controlados. Quatro novos dispositivos originais foram propostos: um que gera choque elétrico²⁰, outro com vibração²¹, o terceiro com gosto desagradável quando há contato

dentário excessivo dos dentes contra o aparelho²² e o quarto conhecido como NTI - Sistema de supressão do apertamento pela Inibição Proprioceptiva Trigeminal²³ (Figura 3). Este último mostrou ser capaz de inibir a atividade do músculo masseter durante o sono em um estudo randomizado cruzado, mas sua eficácia em longo prazo não é ainda suportada por evidências científicas.

Klasser e Greene²⁴ (2007) definiram resumidamente de que forma os aparelhos interoclusais podem ou não participar no tratamento do Bruxismo, focando o entendimento de como maximizar sua utilidade, evitando que danos significantes sejam produzidos por desenhos inapropriados de dispositivos interoclusais, uso por tempo integral, ou uso por tempo prolongado (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição do uso apropriado e limitações dos aparelhos interoclusais (AIO) segundo Klasser e Greene (2007)²⁴

O que os AIO podem fazer	O que os AIO não podem fazer
Diminuir a carga na ATM, reduzindo a intensidade de força, frequência ou duração das atividades parafuncionais	Descarregar a ATM pela distração condilar ou por contatos pivotantes na região de molar
Rápida diminuição da atividade muscular pela introdução de um "corpo estranho" com plataforma oclusal	Retreinar os músculos para serem menos ativos após a remoção do AIO
Reduzir a intensidade de dor de cabeça ou frequência se ela é deflagrada por mialgia ou artralgia induzida por bruxismo	Alívio das condições de dor de cabeça que são primariamente de origem neurovascular ou vascular
Melhorar os sintomas de desarranjos internos oriundo de travamento matinal relacionada a forte atividade muscular noturna (apertamento ou rangimento)	Recapturar discos deslocados, melhorar a cicatrização do tecido retrodiscal, prevenir a progressão de deslocamento anterior de disco com redução para sem redução
Interromper os engramas neuromusculares que determinam o relacionamento ATM-fossa ("desprogramação")	Produzir um relacionamento neuromuscular ou oclusal ideal Estabelecer correta DVO
Proteger as superfícies oclusais dos dentes e restaurações das forças do bruxismo	Reduzir ou eliminar as atividades do bruxismo permanentemente



FIGURA 1
Aparelho rígido de cobertura total

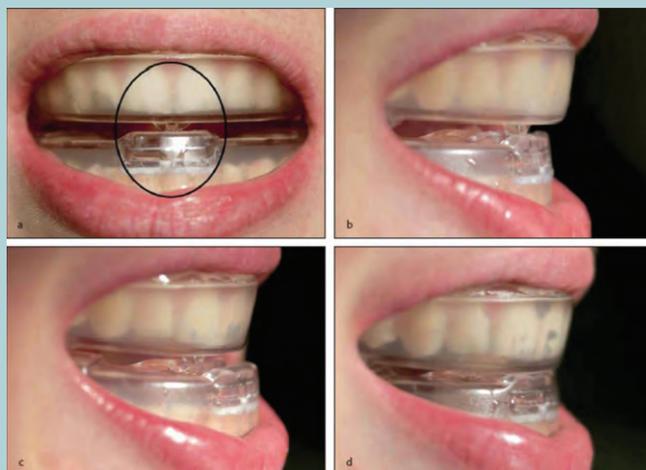


FIGURA 2
Aparelho de avanço mandibular bimaxilar



FIGURA 3
Aparelho NTI

3. ESTRATÉGIAS FARMACOLÓGICAS:

Terapia farmacológica está indicada apenas a curto-prazo²⁵ (Quadro 1). Estudos clínicos tem relatado que drogas de ação central do grupo de benzodiazepínicos e relaxantes musculares reduzem a atividade motora relacionada ao bruxismo, mas apenas o diazepam, metocarbamol e clonazepam já foram testados em estudos abertos^{1-2,26}. Essas medicações são geralmente prescritas no horário noturno e os pacientes devem ser informados dos possíveis efeitos colaterais e não dirigir no período da manhã por causa de possível sonolência).

Antidepressivos como os tricíclicos também tem sido utilizados²⁵ embora 2 estudos controlados usando a eletromiografia ambulatorial falharam ao tentar confirmar a eficácia de uma pequena dose de amitriplina no tratamento do bruxismo noturno²⁷⁻²⁸. A xerostomia associada ao uso destes medicamentos e freqüentemente relatada nas primeiras semanas pode ser controlada¹ (Quadro 2). O uso de inibidores seletivos de serotonina,

como fluoxetina, sertralina e citalopram têm sido relatados induzir apertamento e rangimento^{1,2}. Já o uso de L-triptofan (precursor de serotonina) no tratamento do bruxismo noturno não tem apresentado nenhum efeito, contrariamente o uso de medicamentos controladores de peso relacionados à serotonina e fenfluramina tem mostrado relação com exacerbação do apertamento²⁵. Assim, sugere-se tomar cuidado antes de usar medicação relacionada à serotonina em pacientes com bruxismo noturno¹.

A literatura sobre o uso seguro de medicamentos relacionados à dopamina ainda é inconclusiva²⁵. Pacientes com exposição crônica a droga antidopaminérgica (ex, haloperidol, um antagonista dopaminérgico) exibiram apertamento iatrogênico semelhante àquele associado com disquinesia oral tardia, e efeito semelhante foi observado com L-dopa (um precursor dopaminérgico) em pacientes que sofrem de mal de Parkinson^{29,30}. Um estudo clínico duplo cego realizado por um período de 3 dias mostrou que a L-dopa administrada de forma precisa exerce um efeito atenuante sobre a atividade de bruxismo em pacientes saudáveis com bruxismo noturno³¹, enquanto a bromocriptina não surtiu nenhum efeito na atividade motora do bruxismo nem na amplitude de contração do músculo masseter durante 2 semanas de uso contínuo³². Frente a estes resultados, Lavigne et al¹ sugere uma modificação no protocolo de administração medicamentosa do L-dopa para se evitar acordar o paciente no meio da noite para administração da segunda dose, propondo a prescrição de uma droga de baixo potencial de liberação (ex: Sinemet CR – levodopa/carbidopal). O relato de caso apresentado por Van der Zaag et al (2007)³³ mostrou substancial diminuição da frequência e duração de episódios de bruxismo (eficácia detectada através do registro polissonográfico por 6 noites) em um paciente portador de bruxismo severo com a administração de baixas doses de pergolide, um agonista de receptores de dopamina D1/D2, suportando também a hipótese que neuroquímicos centrais como a dopamina estejam envolvidos na modulação do bruxismo do sono. Enfim, poucos estudos têm sido realizados a respeito dos regimes dopaminérgicos (ex: L-dopa) para se considerar o tratamento a longo prazo do bruxismo noturno.

Outra possibilidade farmacológica para o bruxismo noturno é o uso de fármacos simpatolíticos como os antagonistas beta-adrenérgicos não seletivos fármacos como o propranolol e os agonistas seletivos

alpha-2 a clonidina tem sido estudados e em dois estudos de caso houve relato da redução do bruxismo noturno em um paciente sem nenhuma história médica³⁴, e em dois pacientes nos quais o bruxismo noturno iatrogênico foi observado secundariamente à medicação antipsicótica (antagonista dopaminérgico)³⁰. Um estudo controlado realizado por Hyun et al (2006)³⁵ em pacientes jovens portadores de bruxismo noturno utilizando placebo ou propranolol de longa duração (120mg) e monitorados por 4 noites, não resultou em redução do bruxismo noturno não surtiu efeito nas variáveis do sono. Por outro lado, a clonidina parece ser um medicamento promissor para o tratamento do bruxismo do sono, embora avaliações seguras futuras sejam ainda requeridas em virtude de se ter relatado severa hipotensão matinal em aproximadamente 20% dos participantes deste mesmo estudo experimental controlado randomizado.

A toxina botulínica, uma droga que afeta a função muscular por exercer efeito paralisante através da inibição da liberação da acetilcolina na junção neuromuscular³⁶, é freqüentemente utilizada no tratamento de distonia cervicofacial³⁷ e também tem sido sugerida no controle da hipertrofia do músculo masseter³⁸. Até o momento, somente um estudo clínico piloto controlado duplo-cego placebo foi realizado com a finalidade de se testar a eficácia da toxina botulínica no tratamento da dor miofascial em pacientes bruxistas³⁹, os demais dados disponíveis na literatura são apenas relatos de casos severos com envolvimento de co-morbidades (coma, injúria cerebral, abuso de anfetamina, Doença de Huntington e autismo) descritos na literatura que demonstraram a diminuição da atividade do bruxismo. Assim, não existem estudos controlados com registros polissonográficos que tenham demonstrado que a toxina tem efeito a longo-prazo e é segura no tratamento do bruxismo noturno. Além disso, tem sido relatado que a toxina botulínica é levada ao sistema nervoso central, e não se sabe se isto explica seus efeitos ou se significa algum risco potencial para o paciente¹.

No quadro 2 são expostas informações fornecidas por Lavigne et al¹ para o tratamento do bruxismo noturno: (1) em crianças e adolescentes, (2) em pacientes de todas as idades com bruxismo noturno e dentes hipersensíveis, (3) para pacientes com sensação de boca seca ocasional e xerostomia devido a estresse e influência de hormônios, idade e uso de drogas (ex. antidepressivos tricíclicos, benzodiazepínicos).

(1) Para crianças e adolescentes

Manejo comportamental

Protetores bucais macios para adolescentes (substituído freqüentemente com o crescimento ósseo)

Controle para a presença de obstrução orofaríngea (massa tonsilar)

(2) Para hipersensibilidade dental secundária do Bruxismo

Aplicação local de gel de fluoreto estanhoso 0,4% para proteger os dentes pode ser aplicado no protetor bucal ou no dispositivo interoclusal.

(3) Para boca seca (Xerostomia) a qual pode aumentar com o desgaste dental

Avaliação médica para excluir condições primárias (ex. Diabetes, Síndrome de Sjogren)

Evitar chá, café, bebidas a base de colas e fumar no fim da tarde.

Na hora de dormir, enxaguar a boca com água misturada a óleo de oliva para lubrificar os tecidos orais e usar um spray de água no quarto.

Em cada despertar noturno tomar pequeno gole de água.

Medicamentos para o tratamento da xerostomia (estimulantes salivares como anetoltritiona – Sufralen S 25 - pilocarpina) podem auxiliar, mas sua eficácia é desconhecida.

Quadro 2: Outras modalidades para tratamento do Bruxismo do Sono

MITOS E CONTROVÉRSIAS

A presença apenas de desgastes não é suficiente para diagnosticar bruxismo noturno, já que o desgaste pode ter ocorrido há vários anos.

No exame clínico, um relato de apertamento pelo parceiro do paciente é a indicação clínica mais confiável da indicação clínica de atividade de bruxismo noturno.

Registros polisonográficos, incluindo Eletromiografia dos músculos mastigatórios não é mandatório, a não ser que o paciente apresente com uma desordem de sono concomitante (apnéia, epilepsia noturna) ou se trata de um estudo clínico planejado. Neste caso, a especificidade da polissonografia é aumentada por meio do uso de registros de áudio e vídeo para comparar com atividade rítmica dos músculos mastigatórios e excluir sons de ranger de dentes causados por atividades orofaciais durante o sono, tal como fala noturna, ronco, leves batidas de dentes, sons da ATM ou grunhidos/resmungos.

Estudos atuais em patofisiologia do bruxismo noturno sugerem que atividade rítmica dos músculos mastigatórios e o desgaste dos dentes são secundários.

O papel da oclusão dentária (ex: interferências entre microcontatos dentários) e substâncias dopaminérgicas são menos significativos na gênese do bruxismo noturno que se pensava antigamente.

Ainda não se sabe o suficiente sobre o papel dos fatores transmitidos geneticamente ou herança familiar.

Devido à ausência de estudos controlados, o tratamento do bruxismo noturno em crianças não está baseado em evidências.

Para adultos, a maioria dos tratamentos farmacológicos ainda não foi submetida a estudos clínicos controlados aleatórios. Por exemplo, o uso de agentes cardioativos para tratar o bruxismo noturno precisa ser mais estudado, com relação a sua eficácia e segurança antes que sejam feitas recomendações (ex: efeito da clonidina).

REFERÊNCIAS

1. Lavigne GJ, Manzini C, Kato T. Sleep bruxism. In: Kryger MH, Roth T, Dement WC, editors. In: Principles and practice of sleep medicine. 4th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005. p. 946-59.
2. Lobbezoo F, van der Zaag J, van Selms MK, Hamburger HL, Naeije M. Principles for the management of bruxism. J Oral Rehabil. 2008 Jul;35(7):509-23.
3. Ommerborn MA, Schneider C, Giraki M, Schäfer R, Handschel J, Franz M, Raab WH. Effects of an occlusal splint compared with cognitive-behavioral treatment on sleep bruxism activity. Eur J Oral Sci. 2007 Feb;115(1):7-14.
4. Glaros AG, Waghele R. Psychophysiological definitions of clenching. Cranio. 2006 Oct;24(4):252-7.
5. Foster PS. Use of the Calmeset 3 biofeedback/relaxation system in the assessment and treatment of chronic nocturnal bruxism. Appl Psychophysiol Biofeedback. 2004 Jun;29(2):141-7.
6. Shulman J. Teaching patients how to stop bruxing habits. J Am Dent Assoc. 2001 Sep;132(9):1275-7.
7. Wieselmann-Penkner K, Janda M, Lorenzoni M, Polansky R. A comparison of the muscular relaxation effect of TENS and EMG-biofeedback in patients with bruxism. J Oral Rehabil. 2001 Sep;28(9):849-53.
8. LaCrosse MB. Understanding change: five-year follow-up of brief hypnotic treatment of chronic bruxism. Am J Clin Hypn. 1994 Apr;36(4):276-81.
9. Somer E. Hypnotherapy in the treatment of the chronic nocturnal use of a dental splint prescribed for bruxism. Int J Clin Exp Hypn. 1991 Jul;39(3):145-54.
10. Clarke JH, Reynolds PJ. Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism: a pilot study. Am J Clin Hypn 1991 Apr;33(4):248-53.
11. Pierce CJ, Gale EN. A comparison of different treatments for nocturnal bruxism. J Dent Res. 1988 Mar;67(3):597-601.
12. Dubé C, Rompré PH, Manzini C, Guitard F, de Grandmont P, Lavigne GJ. Quantitative polygraphic controlled study on efficacy and safety of oral splint devices in tooth-grinding subjects. J Dent Res. 2004 May;83(5):398-403.
13. I. Lobbezoo F, Naeije M. Bruxism is mainly regulated centrally, not peripherally.
14. Dao TT, Lavigne GJ. Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? Crit Rev Oral Biol Med. 1998;9(3):345-61.
15. Okeson JP. The effects of hard and soft occlusal splints on nocturnal bruxism. J Am Dent Assoc. 1987 Jun;114(6):788-91.
16. van der Zaag J, Lobbezoo F, Wicks DJ, Visscher CM, Hamburger HL, Naeije M. Controlled assessment of the efficacy of occlusal stabilization splints on sleep bruxism. J Orofac Pain. 2005 Spring;19(2):151-8.
17. Harada T, Ichiki R, Tsukiyama Y, Koyano K. The effect of oral splint devices on sleep bruxism: a 6-week observation with an ambulatory electromyographic recording device. J Oral Rehabil. 2006 Jul;33(7):482-8.
18. Gagnon Y, Mayer P, Morisson F, Rompré PH, Lavigne GJ. Aggravation of respiratory disturbances by the use of an occlusal splint in apneic patients: a pilot study. Int J Prosthodont. 2004 Jul-Aug;17(4):447-53.
19. Landry ML, Rompré PH, Manzini C, Guitard F, de Grandmont P, Lavigne GJ. Reduction of sleep bruxism using a mandibular advancement device: an experimental controlled study. Int J Prosthodont. 2006 Nov-Dec;19(6):549-56.
20. Nishigawa K, Kondo K, Takeuchi H, Clark GT. Contingent electrical lip stimulation for sleep bruxism: a pilot study. J Prosthet Dent. 2003 Apr;89(4):412-7.
21. Watanabe T, Baba K, Yamagata K, Ohyama T, Clark GT. A vibratory stimulation-based inhibition system for nocturnal bruxism: a clinical report. J Prosthet Dent. 2001 Mar;85(3):233-5.
22. Nissani M. Can taste aversion prevent bruxism? Appl Psychophysiol Biofeedback. 2000 Mar;25(1):43-54.
23. Baad-Hansen L, Jaddidi F, Castrillon E, Thomsen PB, Svensson P. Effect of a nociceptive trigeminal inhibitory splint on electromyographic activity in jaw closing muscles during sleep. J Oral Rehabil. 2007 Feb;34(2):105-11.
24. Klasser GD, Greene CS. Role of oral appliances in the management of sleep bruxism and temporomandibular disorders. Alpha Omega. 2007;100(3):111-9. No abstract available. Erratum in: Alpha Omega. 2007;100(4):219.

25. Winocur E, Gavish A, Voikovitch M, Emodi-Perelman A, Eli I. Drugs and bruxism: a critical review. J Orofac Pain. 2003 Spring;17(2):99-111.
26. Saletu A, Parapatics S, Saletu B, Anderer P, Prause W, Putz H, Adelbauer J, Saletu-Zyhlarz GM. On the pharmacotherapy of sleep bruxism: placebo-controlled polysomnographic and psychometric studies with clonazepam. Neuropsychobiology. 2005;51(4):214-25.
27. Mohamed SE, Christensen LV, Penchas J. A randomized double-blind clinical trial of the effect of amitriptyline on nocturnal masseteric motor activity (sleep bruxism). Cranio. 1997 Oct;15(4):326-32. 2001 Jun;10(2):73-7.
28. Raigrodski AJ, Christensen LV, Mohamed SE, Gardiner DM. The effect of four-week administration of amitriptyline on sleep bruxism. A double-blind crossover clinical study. Cranio. 2001 Jan;19(1):21-5.
29. Magee KR. Bruxism related to levodopa therapy. JAMA. 1970 Oct 5;214(1):147.
30. Amir I, Hermesh H, Gavish A. Bruxism secondary to antipsychotic drug exposure: a positive response to propranolol. Clin Neuropharmacol. 1997 Feb;20(1):86-9.
31. Lobbezoo F, Lavigne GJ, Tanguay R, Montplaisir JY. The effect of catecholamine precursor L-dopa on sleep bruxism: a controlled clinical trial. Mov Disord. 1997 Jan;12(1):73-8.
32. Lavigne GJ, Soucy JF, Lobbezoo F, Manzini C, Blanchet PJ, Montplaisir JY. Double-blind, crossover, placebo-controlled trial of bromocriptine in patients with sleep bruxism. Clin Neuropharmacol. 2001 May-Jun;24(3):145-9.
33. Van der Zaag J, Lobbezoo F, Van der Avoort PG, Wicks DJ, Hamburger HL, Naeije M. Effects of pergolide on severe sleep bruxism in a patient experiencing oral implant failure. J Oral Rehabil. 2007 May;34(5):317-22.
34. Sjöholm TT, Lehtinen I, Paha SJ. The effect of propranolol on sleep bruxism: hypothetical considerations based on a case study. Clin Auton Res. 1996 Feb;6(1):37.
35. Huynh N, Lavigne GJ, Lanfranchi PA, Montplaisir JY, de Champlain J. The effect of 2 sympatholytic medications—propranolol and clonidine—on sleep bruxism: experimental randomized controlled studies. Sleep. 2006 Mar 1;29(3):307-16.
36. EK, Jankovic J. Treating severe bruxism with botulinum toxin. J Am Dent Assoc. 2000 Feb;131(2):211-6.
37. Ilde SK, Konstantinovic VS. The therapeutic use of botulinum toxin in cervical and maxillofacial conditions: an evidence-based review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007 Aug;104(2):e1-11.
38. Smyth AG. Botulinum toxin treatment of bilateral masseteric hypertrophy. Br J Oral Maxillofac Surg. 1994 Feb;32(1):29-33.
39. Guarda-Nardini L, Manfredini D, Salomone M, Salmaso L, Tonello S, Ferronato G. Efficacy of botulinum toxin in treating myofascial pain in bruxers: a controlled placebo pilot study. Cranio. 2008 Apr;26(2):126-35.

* Mestre e Doutora em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela FOP-Unicamp;

**Mestre e Doutora em Ortodontia pela Unesp-Araquara; Coordenadora Científica e Acadêmica do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO - Curitiba);

***Mestre e Doutor em Clínica Odontológica - Área Prótese Dental pela FOP-Unicamp;

Professor do Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico (ILAPEO - Curitiba);

****Professora Titular da área de Prótese Dental, FOP-Unicamp;

Excelência em serviços de prótese odontológica

Serviços

Implantes

- Protocolo sobre implantes convencionais de maxila e mandíbula
- Protocolo de maxilas com protótipagem
- Guias cirúrgicos com tubos guias
- Estrutura sobre implante em metal Titile

Prótese para Cirurgia Guiada

Metal Free

- Cerâmica
- Resina Fotopolimerizável

Metal

- Metallo-Cerâmica

Prótese Total Caracterizada

- Sistema Tomaz Gomez

PARTICIPE

CURSO LABORATORIAL EM PRÓTESES SOBRE IMPLANTES

4 módulos mensais (sextas e sábados)

Temas abordados:

1. Seleção de Componentes.
2. Hands'on componentes: sistema de apresentação de componentes Neodent.
3. Fundição, usinagem e adaptação de componentes calcinável, titânio e titile.
4. Próteses protocolos sobre implantes com Carga Imediata e assentamento passivo.
5. Técnica de cimentação com Panavia.

Maiores informações ligue: 41 3335-8974

Adercio Buche
prótese odontológica



CONCEITOS FINANCEIROS

básicos

PARA FORMAÇÃO DE PREÇO & TOMADA DE DECISÕES

Flávio Alves Ribeiro*

Quanto custa sua hora profissional?

Quantos clientes atender por mês para bancar sua empresa?

Luva é um custo fixo ou variável?



Começo este artigo com duas perguntas escritas em nosso Jornal do ILAPEO n°. 03 (edição passada) e com uma pergunta que sempre dirijo aos meus alunos nos cursos e palestras sobre gestão financeira. Para quem já conversou de gestão em odontologia comigo percebeu o quanto eu falo sobre administração financeira de consultórios e clínicas e como é possível de forma organizada entender esta dinâmica e aperfeiçoar alguns processos internos. Certamente a falta de conhecimento sobre as finanças do consultório é um dos maiores pontos fracos dos profissionais de saúde de uma forma geral.

Neste artigo, pretendo passar alguns conceitos básicos e mostrar como eles podem ser úteis na hora de “tratar” o negócio de vocês. Vou passar uma forma simples de se pensar em formação do preço da hora profissional. Não é minha pretensão chegar aos centavos desta conta, mas sim estimular os leitores a refletirem e se interessarem sobre este tema que tem e terá tudo a ver com a permanência e sobrevivência de seus consultórios. Tenho aplicado estes conceitos com meus alunos na Universidade Tuiuti do Paraná e eles já simulam formação de preços com os pacientes que atendemos em nossas clínicas. Inicialmente houve resistência por parte de alguns, mas rapidamente foi percebido por todos que uma formação atual e voltada às necessidades do mercado não deve contemplar apenas a parte tecnicista e intrabucal. Saber atender o cliente, executar um plano de tratamento com começo, meio e fim (só se pode formar o preço de um tratamento odontológico quando se tem o controle do seu tempo de duração e números de consultas para concluí-lo!!!), administrar a carreira e pensar de forma estratégica na atividade profissional faz parte da missão de nossa Universidade.

Vamos lá então:

Inicialmente é fundamental saber diferenciar os conceitos de CUSTO FIXO e CUSTO VARIÁVEL. Para este artigo, vamos simplificar e entender como sinônimos as palavras custos, gastos e despesas. Basicamente podemos dividir o custo de nosso negócio em dois tipos:

CUSTOS FIXOS E CUSTOS VARIÁVEIS

CUSTOS FIXOS

- São os custos/despesas/gastos necessários para manutenção de uma empresa mesmo quando ela não “vende” ou não presta nenhum serviço;

- “Fazem o consultório ter gastos mesmo sem atender ao cliente”;

- “É tudo aquilo que você continua pagando mesmo quando está de férias”;

- Não se alteram diretamente em função da produtividade.

Para facilitar nosso entendimento, seguem alguns exemplos de custos fixos:

01 - PRÓ-LABORE

“Salário do dono”, ou seja, quanto sua empresa precisa faturar para pagar suas contas pessoais. Na rotina de consultório, o que acontece normalmente são retiradas freqüentes e diárias de parte do dinheiro da empresa para ir bancando as contas pessoais do Dentista conforme sua necessidade. É como consultar o saldo de uma conta corrente e sempre que possível botar algum na carteira. Esse procedimento é um hábito comum de muitos Dentistas e que colabora muito para a desorganização financeira nos consultórios e clínicas. O ideal é você se considerar empregado de seu negócio, definir um valor e um dia do mês para fazer seu pagamento. Este é um grande desafio, separar finanças pessoais de finanças da empresa (em muitos casos sugiro duas contas bancárias) é fundamental num protocolo de organização e diagnóstico da real situação do negócio. Isto porque, na maioria dos casos de dificuldades financeiras num consultório, uma das primeiras ações a serem tomadas é conhecer, controlar e reduzir parte das finanças pessoais.

02 - DESPESAS COM PESSOAL

Salários + encargos de colaboradores (secretária, contador, etc.), CRO, ISS.

03 - DESPESAS PREDIAIS

Aluguel, condomínio, impostos prediais, conta de luz, água, recolhimento de lixo hospitalar... Aqui cabe explicar que sua conta de luz, por exemplo, aumenta conforme o número de atendimentos, porém ela não aumenta na mesma proporção, ou seja, se atendo 1 cliente pago uma conta de R\$ 40,00, se atendo 50 clientes esta conta aumenta, mas obviamente não será de R\$2.000,00 (40,00 x 50).

04 - OUTRAS DESPESAS

Investimentos no negócio, aposentadoria (previdência privada), formação profissional (cursos diversos), depreciação de equipamentos, taxa de retorno, internet.

Portanto, existem diversas despesas que se somadas de forma mensal vão se traduzir no valor total que seu consultório custa para funcionar todo mês. Das despesas citadas acima, gostaria de falar duas de forma mais detalhada: DEPRECIAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E RETORNO DO INVESTIMENTO.

DEPRECIAÇÃO DE EQUIPAMENTO -

É uma despesa fixa relacionada a desvalorização de todo equipamento que você colocou na sua clínica e que anualmente, através do desgaste do uso perde seu valor em 10%. Na prática um bem que desvaloriza 10% ao ano no final de dez anos passa a não ter mais nenhum valor. É uma conta que você não paga, mas um dinheiro que você deveria guardar para no momento de renovação de seus equipamentos tê-lo na mão. Um exemplo simples para seu entendimento: Imagine que você investiu R\$ 48.000,00 (quarenta e oito mil reais) para montar seu consultório. Dentro do conceito de depreciação, esse investimento se deprecia/desvaloriza em 10%, ou seja, R\$ 4.800,00 por ano ou R\$ 400,00 por mês. Se você guardar este valor pensando estrategicamente na depreciação de seu

investimento, certamente você não terá dificuldade em realizar esta renovação tecnológica em sua empresa. Caros leitores, praticamente nenhum Dentista conhece este conceito ou tem este cuidado... Outro aspecto importante é que no momento da formação do preço de seu serviço, a despesa com depreciação deveria compor o preço final e ser cobrado do cliente. Como assim? Se sua empresa pode atender 160 consultas/horas por mês, em cada consulta/hora você deveria colocar R\$ 2,50 (400/160) para formar seu preço por consulta/hora.

RETORNO DO INVESTIMENTO -

É uma despesa que assim como a depreciação de equipamento não ocorre de forma “real”, ou seja, você não paga, mas deve também guardar todo mês. Assim como no exemplo acima, um Dentista que pegou R\$ 48.000,00 e investiu num negócio, se tivesse ficado em casa e deixado o dinheiro aplicado num banco receberia 1,0% (exemplo), ou seja, R\$ 480,00 por mês sem trabalhar. Este valor exemplo, R\$ 480,00, também é considerado um custo fixo de seu negócio e se sua empresa atende 160 consultas por mês, em cada consulta você deveria colocar R\$ 3,00 (480/160) para formar seu preço por consulta/hora.

Parece complicado entender que tenho custos em minha empresa que não representam pagamentos efetivamente realizados a terceiros, mas é justamente por esta dificuldade em reunir todos os custos no negócio que se torna difícil a formação do preço final de uma hora ou minuto clínico. Para finalizar a conceituação de custos fixos, é importante conhecer também esta situação. Em muitos casos, pagar férias e décimo terceiro da secretária, imposto de renda, CRO, ISS, ou seja, despesas que não ocorrem todos os meses transforma-se num pesadelo para os Profissionais de Saúde. Cá entre nós, não pagar o décimo terceiro da secretária por que o cliente não pagou um serviço naquele dia não pode ser desculpa para o atraso deste compromisso. Não se esqueçam, o maior valor de uma empresa, segundo Peter Drucker, está nas pessoas, seus colaboradores também conhecidos como seu Capital Humano. Mais um exemplo: Sua secretária recebe em dezembro R\$ 600,00 de décimo terceiro. Como proceder: pegue este valor, divida por doze (meses = R\$ 50,00) e guarde-o mensalmente para que, no mês de dezembro esta obrigação não se transforme no pesadelo descrito acima. Seguindo o mesmo raciocínio das 160 consultas por mês, em cada consulta você deveria colocar R\$ 0,31 (50/160) para formar seu preço por consulta. Dividir despesas sazonais para achar seu valor mensal deverá ser feito para todos os casos que se encaixam neste exemplo. O importante é não deixar de calcular o valor mensal e em seguida por consulta destas despesas. Como você já entendeu, deverá guardar estes valores para no momento da necessidade de pagá-las, não ser surpreendido e não ter como cumprir estes compromissos financeiros, que no caso de pagamento de pessoal (13º e férias) pode derrubar a motivação e comprometimento de seus colaboradores. De forma simbólica, identifique estas despesas, compre um cofre tipo porquinho, guarde estes valores mensalmente e quebre o porquinho no momento certo. Será certamente um momento de muita felicidade e aprendizado.

CUSTOS VARIÁVEIS

- São os custos/despesas necessários para se produzir e/ou prestar um serviço;

- Aumentam conforme o volume de trabalho e/ou procedimentos realizados;

- Estão diretamente relacionados a prestação do serviço - realização do procedimento ou consulta.

Para facilitar nosso entendimento, seguem alguns exemplos de custos variáveis: MATERIAL DE CONSUMO, SERVIÇOS TERCEIRIZADOS, COMISSÕES, IMPOSTOS, OCIOSIDADE.

01 - MATERIAL DE CONSUMO ODONTOLÓGICO -

(luvas, máscara, resina, implantes, componentes, rolo de algodão, material de moldagem, cimentos, limas, braquetes, etc). De forma simplificada todos os materiais que você utiliza na boca de seu cliente. Ao contrário do exemplo da conta de luz, citado acima em custo fixo, se atendermos um cliente usamos (em média) um par de luvas. Se atendermos 50 clientes usaremos (em média) 50 pares de luvas, ou seja, aumenta na mesma proporção do número de serviços prestados.

02 - SERVIÇOS TERCEIRIZADOS -

Laboratório de prótese e exames;

03 - COMISSÕES -

Estímulo ao capital humano;

04- IMPOSTOS -

Recibos/notas. Em média 15% dos recibos que você emite servirão para alimentar o leão.

05 - OCIOSIDADE

Percebam que, existem diversas despesas que se calculadas por cliente atendido vão se traduzir no valor total que você gasta para realizar cada procedimento. Das despesas citadas acima, gostaria de falar três de forma mais detalhada: MATERIAL DE CONSUMO, COMISSÕES - ESTÍMULO AO CAPITAL HUMANO E OCIOSIDADE.

MATERIAL DE CONSUMO -

É o material necessário para execução de um procedimento. Ouve-se muito que os materiais odontológicos são caros, e por conta disso nosso tratamento torna-se caro. Dá vontade de chorar.... O que mais custa num serviço/procedimento que realizamos não é o material, mas sim o conhecimento e o tempo disponibilizado para realização do tratamento. Não há impacto praticamente nenhum na formação de preço quando compramos uma caixa de luvas de procedimento com 50 pares por R\$ 20,00 ou R\$ 15,00. No primeiro caso gastamos R\$ 0,40 por procedimento, no outro R\$ 0,30. Pensem nisso! O correto é saber o valor de cada material de consumo por procedimento, ou seja, dividir o valor pago na dental, pelo número de procedimentos que você poderá realizar com a quantidade comprada. Qual a vantagem em se comprar um pacote de rolinhos de algodão por R\$ 0,42 a menos se pensarmos em seu custo por procedimento. Pensem nisso.... Não se deve arriscar a qualidade de um serviço em implantodontia comprando um implante ou um componente um pouco mais barato. Certamente a(s) consulta(s) perdidas em função de um retrabalho jogarão essa estratégia por água abaixo. No lugar de economizar para gastar menos dinheiro, invista em qualidade e passe para seu cliente informações sobre essa qualidade. Nada como no momento da venda de um serviço de implante, mostrar o site da empresa, seu porte e diferenciais, seu crescimento no mercado interno e mundial e outras informações que se traduzam em confiança e credibilidade para seu cliente. Essas informações compõem a parte tangível de seu serviço e que poderão torná-lo mais competitivo em termos mercadológicos que seu concorrente.

COMISSÕES - ESTÍMULO AO CAPITAL HUMANO -

É uma forma atual, utilizada em muitas corporações, e que valoriza e reconhece o comprometimento de seu RH. Como funciona??? No lugar de você premiar sua colaboradora (secretária) com um aumento de salário (com desdobramentos nos encargos trabalhistas) transforme-a em seu CAPITAL HUMANO. Estimule-a não com aumento de salário, mas sim com uma participação nos lucros e resultados de sua empresa. Por exemplo, conceda-lhe 1, 2, ou X% sobre a receita mensal de seu consultório. No conceito de custo variável, esta comissão, desvinculada de seu salário, aumentará ou diminuirá na proporção direta de sua arrecadação.

Confesso a vocês, queridos leitores, que tinha uma secretária que parecia minha "patroa". Como ela sabia que receberia uma fatia da arrecadação, até parecia que eu trabalhava para ela. Ela adorava me entulhar de clientes. Quando um cancelava a consulta, ela já marcava outro. Ela se sentia parte fundamental da Equipe! Reflitam...

OCIOSIDADE -

É quando uma empresa fica parada e não produz um serviço. Hoje uma queixa comum de alguns Dentistas é a falta de agenda lotada que representa o conceito de ociosidade. Vamos voltar para o exemplo das 160 consultas por mês. Se este Dentista precisa arrecadar mensalmente R\$ 8.000,00 para bancar seu negócio, mais sua vida pessoal e ele atende as 160 consultas, cada consulta tem o custo médio de R\$ 50,00. Por outro lado, se sua clínica ficou parada, isto é, ociosa em 80 consultas (50%parada), seu custo médio por consulta passou para R\$ 100,00. O Dentista precisará cobrir a hora trabalhada e também a hora ociosa. Muitos Dentistas já olham e entendem a "cadeira vazia" como um custo em seus consultórios e que deve ser recuperados e rateados pela arrecadação através da "cadeira ocupada". Percebo muitos profissionais pensando estrategicamente sobre a ociosidade e procurando ações visando melhorar o desempenho de seus consultórios alugando horários ou procurando outros Dentistas para compartilharem os custos operacionais de seu negócio. Leia o artigo do Jornal do ILAPEO n°. 01 e conheça as formas de se tratar a ociosidade em seu consultório.

Conceitualmente CAPACIDADE INSTALADA, também conhecida como potencial de produtividade é o número de horas/consultas que um Dentista pode vender na sua Empresa. Caro Leitor, um consultório que atende 20 dias por mês e tem uma cadeira funcionando 08 horas por dia, tem uma capacidade instalada de 160 horas. Neste caso, 160 horas é o máximo que esta empresa, dentro desta relação dias/horas pode atender. Faça esta conta em sua empresa e defina sua capacidade instalada. A capacidade instalada ajuda a estabelecer um cenário que se traduz no máximo que sua empresa poderá faturar se sua agenda atingir 100% de ocupação. Diferente de TAXA DE OCUPAÇÃO que representa o real preenchimento de sua agenda. Um consultório que pode atender 160 horas por mês e está com taxa de ocupação de 80 horas tem uma ociosidade de 50%. Como está a taxa de ocupação de sua empresa/consultório?

Agora que já entendemos a diferença entre custos fixos e variáveis, vamos entender mais dois conceitos importantes para gestão financeira de seu negócio: MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO (MC) e PONTO DE EQUILÍBRIO (PEQ).

MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO -

É o nome dado à parcela de contribuição financeira que temos a cada serviço prestado. É a diferença entre preço de venda e o custo/gasto variável; É o valor (pedaço do preço) que contribui para o pagamento dos custos/gastos fixos. É quanto você tira do preço cobrado para pagar os custos fixos de seu negócio.

$$\text{MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO (MC) = PREÇO} \\ \text{menos CUSTO VARIÁVEL}$$

PONTO DE EQUILÍBRIO -

É o número de vendas necessárias para cobrir os custos fixos (CF). É o número de consultas – tempo – necessários para ficar no "zero a zero", ou seja, não há lucro nem prejuízo. Para calcularmos o PEQ é fundamental saber a margem de contribuição – MC.

$$\text{PONTO DE EQUILÍBRIO (PEQ) = CUSTO FIXO} \\ \text{dividido pela MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO}$$

CASE 01

Um Dentista montou uma pizzaria e vende pizzas de queijo; Para cada pizza vendida é cobrado o valor de R\$ 15,00 e tem custo variável de R\$ 3,00 (massa, tomate, queijo, embalagem, etc.). No final do mês ele precisa de R\$ 3.600,00 para bancar seu negócio. Então, sua MC é de R\$ 12,00 (15-3) e seu PEQ é de 300 pizzas (3600/12), ou seja, vendendo 300 pizzas por mês ele conseguirá pagar suas contas.

CASE 03

Um Dentista presta serviços na área de dentística realizando restaurações estéticas diretas. Para cada restauração em resina ele cobra R\$ 100,00 e tem custo variável de R\$ 10,00 (resina + materiais diversos). No final do mês ele precisa de R\$ 8.000,00 para cobrir suas contas pessoais e da empresa (custos fixos).

Então, sua MC é de R\$ 90,00 (100-10) e seu PEQ é de 88,8 (8000/90) procedimentos, ou seja, realizando 88,8 (90...) restaurações por mês ele consegue pagar suas contas....

Hoje temos diversas marcas e preços de resinas no mercado. Quando dividimos o conteúdo de uma seringa de resina pelo número de restaurações que ela pode realizar, posso afirmar que investir na resina mais barata não influenciará de forma estratégica na precificação final de seu serviço.

CASE 02

Um Dentista presta serviços na área de implantodontia realizando colocação de implantes. Para cada cirurgia de colocação de um implante ele cobra R\$ 800,00 e tem custo variável de R\$ 200,00 (implante + materiais diversos). No final do mês ele precisa de R\$ 8.000,00 para cobrir suas contas pessoais e da empresa (custos fixos). Então, sua MC é de R\$ 600,00 (800-200) e seu PEQ é de 13,3 (8000/600) procedimentos, ou seja, realizando 13,3 (14) procedimentos por mês ele consegue pagar suas contas... Se este mesmo dentista optasse por comprar um implante R\$ 50,00 mais barato seu custo variável cairia para R\$ 150,00. Sua MC passaria a ser de R\$ 650,00 (800-150) e seu PEQ passaria a ser de 12,3 (13) procedimentos. A economia de R\$ 50,00 reais, se acarretar em um retrabalho ou queda de qualidade e valor agregado não compensa e certamente não alavancará o negócio deste profissional. Pensem se vale a pena...

SEU CASE

Um Dentista presta serviços na área de _____
Para cada PROCEDIMENTO/CONSULTA ele cobra R\$ _____, _____ e tem custo variável de R\$ _____, _____ (materiais diversos). Para facilitar sua conta calcule um custo variável médio de R\$ 10,00 por procedimento. No final do mês ele precisa de R\$ _____, _____ para cobrir suas contas pessoais e da empresa (custos fixos).
Então, sua MC é de R\$ _____, _____ (Preço - CV) e seu PEQ é de _____ (CF/MC) procedimentos, ou seja, realizando _____ procedimentos por mês ele consegue pagar suas contas....

Neste artigo escrevi sobre custos fixos, custos variáveis, margem de contribuição, ponto de equilíbrio, capacidade instalada e taxa de ocupação. Seguem algumas conclusões e colocações para sua reflexão:

- Muitos Dentistas conduzem financeiramente seus negócios como uma conta corrente. Se recebeu dinheiro e não tem conta para pagar, bota o dinheiro no bolso e leva para casa. Se tem conta para pagar e gastou o dinheiro fica estressado. Entendam bem que parte do dinheiro que você recebe do seu cliente já tem dono: Sua Empresa!!!

- Em função da disputa de preços para ficar com o cliente, das tabelas de algumas operadoras de convênios odontológicos ou da comissão por produção em algumas clínicas do tipo populares, muitos Dentistas (e Donos de clínicas populares!!) estão recebendo por hora trabalhada valores que não cobrem todos os custos relacionados ao procedimento/serviço vendido.

- Definir sua capacidade instalada é fundamental para se saber até onde sua empresa (bombando!!) poderá te levar.

- Quanto mais ociosa estiver sua empresa ou você, mais custará sua hora de trabalho. A ociosidade é um custo variável

- Compare sua capacidade instalada com sua taxa de ocupação. Na maioria dos casos não falta dinheiro. Falta cliente na cadeira tratando e pagando. Pegue sua agenda 2008 e compare capacidade instalada com taxa de ocupação e sua ociosidade. Analisar em períodos maiores (trimestral, semestral ou anual), ajuda muito a avaliar e diagnosticar seu negócio.

- A margem de contribuição (dinheiro no preço para pagar seus custos fixos) é base num processo decisório e estratégico em qualquer negócio. Quanto menor sua margem de contribuição, mais horas você terá que trabalhar para cobrir os custos fixos de sua

empresa/consultório.

- Comprar material mais barato e que podem comprometer a qualidade de seu serviço, não deve ser uma solução para as finanças de sua empresa. Trocar um implante que custa "X" reais que tem valor agregado em função da qualidade de produção marca forte da empresa e credibilidade de seus clientes, por um que é mais barato e não te dá nenhum diferencial competitivo no mercado, não deve ser uma decisão de caráter estratégico em sua empresa. O retrabalho e índice de risco de seu procedimento devem ser reduzidos o máximo possível.

- Quando um Dentista disputa cliente no preço é porque ele não possui ou não sabe se diferenciar no mercado e de seus concorrentes de outra forma. Devemos entender que mesmo sendo profissionais da saúde, somos vendedores (éticos) e que disputar cliente no preço não combina com a nossa profissão.

Caro leitor espero não ter traumatizado você com a importância de conhecer alguns conceitos financeiros básicos. Estou com este artigo provocando-o a pensar nos números em sua atividade profissional e incentivá-lo a pensar de forma estratégica em como estes números podem ajudá-lo. Estude Gestão! Seja o gestor de sua carreira! Invista neste conhecimento. Seja tão competente em gerir o seu negócio quanto você é competente para realizar seus procedimentos clínicos. Desta forma você atingirá as metas que busca e com toda certeza ajudará a Odontologia em nosso País.

*Cirurgião-Dentista
MBA Executivo de Gerência em Saúde pela FGV
Professor da Universidade Tuiuti do Paraná
Coordenador do Curso de Gestão e marketing em Odontologia no ILAPEO
Diretor de Negócios na Dentes e Números Consultoria
flavio@dentesenumeros.com
www.dentesenumeros.com

Este Conteúdo faz parte do Curso de Extensão e Marketing em Odontologia

CURSOS

MESTRADO

Recomendado pela



MESTRADO EM ODONTOLOGIA - ÁREA DE CONCENTRAÇÃO

Implantodontia

Coordenadores:

Profª. Ivete Aparecida de Mattias Sartori

Corpo docente:

Prof. Geninho Thomé - Doutor / Profª. Ivete Sartori - Doutora / Profª. Daniela Ponzoni - Doutora / Profª. Ana Paula Bassi - Doutora / Prof. Caio Hermann - Doutor / Prof. Sérgio Bernardes - Doutorando / Profª. Ana Flávia Sanches Borges - Doutora / Profª. Fernanda Faot - Doutora.

Natureza do curso: Teórico / Prático / Demonstrativo

Nº de vagas: 12 alunos

Periodicidade: Mensal - Segunda à sexta-feira

Duração do curso: 24 meses

Data prevista para próxima turma: sob consulta

Critério de Seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Prova de Inglês; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Linhas de Pesquisa:

I- Pesquisa clínica em Odontologia;
II- Propriedades físicas e biológicas dos materiais aplicados à Odontologia.

ESPECIALIZAÇÃO

Reconhecido pelo MEC

ESPECIALIZAÇÃO EM

Implantodontia

Coordenadores:

Prof. José Renato de Souza – Quinzenal - Doutorando
Prof. Geninho Thomé - Mensal - Doutor

Corpo docente:

Profª. Rogéria Acedo Vieira - Especialista / Prof. Geninho Thomé - Doutor / Prof. Edivaldo R. Coro - Especialista / Profª. Ivete Sartori - Doutora / Profª. Daniela Ponzoni - Doutora / Profª. Ana Paula Bassi - Doutora / Prof. Caio Hermann - Doutor / Prof. Sérgio Bernardes - Doutorando e professores convidados

Natureza do curso: Teórico / Prático / Demonstrativo

Nº de vagas: 12 (por curso)

Periodicidade: Quinzenal - segunda à quarta-feira
Mensal - Segunda à sexta-feira

Carga Horária: 1112 horas

Critério de Seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Data de início do curso: sob consulta

Conteúdo Programático:

Bases Biológicas da Implantodontia, Implantodontia Fase Cirúrgica, Implantodontia Fase Protética, Laboratório Pré Clínico Protético, Laboratório Pré-Clínico Cirúrgico, Implantodontia Fase Cirúrgica Avançada, Anatomia Relacionada, Bases Biológicas da Periodontia, Biomateriais, Biosegurança em Odontologia, Emergências Médicas em Odontologia, Estomatologia aplicada a implantodontia, Histofisiologia Óssea, Microbiologia e Imunologia, Oclusão, Radiologia Relacionada, Terapêutica, Ética e Legislação Odontológica, Metodologia do Trabalho Científico, Bioética.

ESPECIALIZAÇÃO EM

2 Periodontia

Coordenador do Curso:

Prof. Geninho Thomé - Doutor

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Vagas: 12 alunos

Periodicidade: Módulos quinzenais, às segundas e terças-feiras

Carga Horária: 771 horas

Data prevista: sob consulta

Crêterios de seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Conteúdo Programático:

Anatomia aplicada à periodontia; imaginologia e radiologia; histologia; patologia; semiologia; farmacologia; imunologia; microbiologia periodontal; metodologia científica; informática em odontologia; odontologia legal; bioética; ética e legislação odontológica; epidemiologia da doença periodontal; trauma oclusal; inter-relação endo-perio; inter-relação orto-perio; farmacologia periodontal (antimicrobianos: antibióticos, antisépticos); tratamento periodontal não-cirúrgico; cirurgias periodontais; cirurgias mucogengivais; cirurgias regenerativas; tratamento de lesão de furca; manejo os defeitos verticais; implantodontia; cirurgias pré-protéticas; terapia periodontal de suporte; doença periodontal versus envolvimento sistêmico; periodontia, laboratório e clínica.

ESPECIALIZAÇÃO EM

3 Ortodontia

Coordenação:

Prof. Roberto Hideo Shimizu - Doutor
Prof. Marcos André Duarte da Silva – Mestre

Corpo Docente

Prof. Augusto Ricardo Andrighetto - Doutor
Profª. Isabela Almeida Schimizu - Mestre
Profª. Ana Claudia Moreira Melo - Doutora
Prof. Marcos André Duarte da Silva - Mestre
Profª. Ricarda Duarte da Silva - Mestre
Prof. Roberto Hideo Shimizu - Doutor
Prof. Siddhartha Uhrigshardt Silva - Mestre

Natureza do curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Vagas: 12

Periodicidade: Mensal (de Terça à sexta-feira)

Carga Horária: 1087 horas

Materiais necessários para realizar a prova: sob consulta

Crêterio de Seleção: Análise do currículo, entrevista, prova prática, prova de conhecimento específico e de língua estrangeira (inglês).

Data de Início do Curso: sob consulta

Conteúdo Programático/ Disciplinas

Teoria Ortodôntica; Documentação Ortodôntica; Cafalometria; Técnica Ortodôntica; Ortodontia Corretiva I e II; Diagnóstico e Planejamento Ortodôntico; Princípios Mecânica e Biomecânicos em Ortodontia; Ortopedia Funcional dos Maxilares; Conceitos Anatômicos em Ortodontia; Crescimento e Desenvolvimento Crânio-facial; Fisiologia do Sistema Estomatognático; Periodontia Aplicada à Ortodontia; Princípios de Oclusão; Radiologia Aplicada à Ortodontia; Fonoaudiologia; Cirurgia Ortognática; Bioética; Metodologia do Trabalho Científico; Ética e Legislação Odontológica.

4 ESPECIALIZAÇÃO EM *Prótese*

Coordenação:

Prof.ª Ivete Sartori - Doutora

Corpo Docente:

Prof. Caio Hermann - Doutor

Prof. Sérgio Rocha Bernardes - Doutorando

Prof. Alexandre Molinari - Mestrando

Prof.ª Fernanda Faot - Doutora

Prof.ª Ana Flávia Sanches Borges - Doutora

Carga Horária: 888 horas

Periodicidade: Quinzenal (segundas e terças-feiras)

Vagas: 12 alunos

Critério de Seleção: Prova escrita, o conteúdo será divulgado em edital específico; Entrevista e Análise do Curriculum vitae com Documentos comprobatórios.

Data de Início do curso: sob consulta

Conteúdo Programático:

Prótese Parcial Fixa; Prótese Parcial Removível; Prótese Total; Oclusão; Laboratório Pré-clínico Protético; Materiais dentários; Prótese sobre Implantes; Emergências Médicas em Odontologia; Introdução à Implantodontia; Radiologia Relacionada; Periodontia; Biossegurança em Odontologia; Componentes Protéticos e suas aplicações; Hands'on; Ética e Legislação Odontológica; Metodologia de Ensino e Pesquisa; Bioética.

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Carga Horária: 200 horas

Periodicidade: Módulos mensais - quartas e quintas-feiras

Vagas: 12 alunos

Data prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Princípios de Técnica Cirúrgica; Assepsia, Anti-sepsia; Esterilização e Desinfecção; Diérese; Hemostasia e Síntese; Fios de Sutura e reparo; Anamnese; Terapêutica; Biossegurança. Enxertos: Bases Biológicas; Classificação e tipos de enxerto; Indicação de enxertos autógenos; Áreas doadoras intra-orais; Tratamentos dos enxertos; Tratamento da área receptora; Importância da estabilização do enxerto; Obtenção e uso de Plasma Rico em Plaquetas (PRP); Implantes: Posição ideal; Espaço biológico; Desenho do implante; Biomecânica dos Implantes Hexágono Externo x Hexágono Interno x Cone Morse; Clínicas: Seleção, indicação e planejamento; Execução da técnica; Tratamento pós-operatório; Planejamento de colocação de implante em pacientes já enxertados. E mais: Considerações Radiográficas, Cuidados iniciais, Indicação e localização dos implantes segundo a disposição dos enxertos, Cuidados com enxertos nas perfurações para fixações.

3 CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

Oclusão, DTM e Dor Orofacial

Coordenador:

Prof. Dr. Filipe Augusto Marini Lopes - Mestre

Corpo Docente:

Dr. Elcy Arruda - Especialista

Carga Horária: 128 horas

Periodicidade: Módulos mensais - sextas (18:00 as 22:00); sábados das 8:00h às 18:00h

Vagas: 20 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Etiologia e epidemiologia das dores orofaciais; Fisiopatologia das ATMs e musculatura estomatognática; Neurobiologia da dor orofacial; Dor relacionado a implantodontia; Diagnóstico e exames por imagens; Tratamento das dores neuropáticas, musculares e das ATMs; Farmacologia aplicada; Uso dos articuladores e placas oclusais; Fundamentos da oclusão sobre dentes e sobre implantes; Relação da DTM com ortodontia, prótese e odontogeriatría.

APERFEIÇOAMENTO

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

Implantodontia

Coordenador do Curso:

Dr. José Renato de Souza - Doutorando

Corpo Docente:

Dr. Geninho Thomé - Doutor

Dr. José Renato de Souza - Doutorando

Dra. Rogéria Acedo Vieira - Especialista

Equipe ILAPEO

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Demonstrativo

Carga Horária: 240 horas

Periodicidade: Módulos quinzenais, às terças-feiras

Vagas: 24 alunos

Data prevista: agosto de 2009

Conteúdo Programático:

Histórico da Implantodontia; Fatores que interferem na Osseointegração; Posição Ideal dos Implantes; Princípios Cirúrgicos Básicos; Seleção e Preparo do Paciente; Anatomia Relacionada; Radiologia Relacionada; Biossegurança em Odontologia; Farmacologia; Planejamento Cirúrgico; Normas Assépticas; Documentação Legal; Mesa Cirúrgica; Hand's On Cirúrgico, Incisão e Sutura; Guia Cirúrgico; Fisiologia Óssea; Carga Imediata; Prototipagem; Emergências Médicas na Odontologia; Patologia; Noções de Cirurgia Avançada; Aspectos Radiográficos da Osseointegração; Fases da Implantodontia; Tipos de Incisões; Planejamento Protético; Seleção e Adaptação de Componentes Protéticos; Hand's On de Componentes Protéticos; Manutenção e Prevenção; Noções de Oclusão; Estética; Tipos de Próteses: Cimentada, Parafusada, Protocolo, Overdenture.

CURSO DE APERFEIÇOAMENTO EM

2 Cirurgia Avançada

Coordenadores:

Dr. Marlon Leda Lima - Mestre

Dra. Daniela Ponzoni - Doutora

Corpo Docente:

Dr. Elvo Pizzato - Mestre

Equipe ILAPEO

EXTENSÃO

CURSO DE EXTENSÃO EM

Prótese Sobre Implante

Coordenação:

Dr. Caio Hermann - Doutor

Dr. Sérgio Bernardes - Doutorando

Corpo Docente:

Dr. Marco Aurélio P Jaszczerski - Mestre

Dr. Filipe Augusto M. Lopes - Mestre

Periodicidade: Módulos quinzenais (segundas-feiras)

Duração: 10 módulos

Carga horária: 120 horas

Vagas: 16 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Histórico dos implantes; Tipos e indicações; Apresentação dos componentes protéticos e suas aplicações; Articuladores e oclusão; Assentamento passivo de biomecânica; Elementos unitários; Próteses fixas; Prótese tipo protocolo; Overdentures; Carga imediata.

CURSO DE EXTENSÃO EM

2 Cirurgia Oral Menor

Coordenação do Curso:

Dr.ª. Daniela Ponzoni - Doutora em CTB

Dr.ª. Ana Paula F. Bassi - Doutora em CTB

Objetivo do Curso:

Apresentar aos acadêmicos do 5º ano e Graduados as novas propostas de atendimento em Cirurgia Oral Menor, com abordagem dos princípios de técnica cirúrgica, suas complicações e a reabilitação da condição de saúde bucal.

Carga Horária: 120 horas

Periodicidade: Módulos quinzenais aos sábados

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Pré-operatório em cirurgia bucal; Biossegurança em Odontologia; Terapêutica medicamentosa; Princípios de técnica cirúrgica; Cirurgia dos dentes inclusos; Cirurgia pré-protética; Cirurgia parendodôntica; Cirurgia com finalidade ortodôntica; Acidentes e complicações em cirurgia bucal; Hands'on de sutura; Clínica Cirúrgica.

3 CURSO DE EXTENSÃO EM**3 Manipulação de Tecidos Moles****Coordenadores:**

Dr. Dalton Suzuki - Mestrando
Dr. Hélio Monteiro - Especialista

Corpo Docente:

Dr. Décio Canestraro - Especialista
Dr. Halina Massignan Berejuk - Especialista

Carga Horária: 60 horas

Periodicidade: Módulos quinzenais às segundas-feiras

Vagas: 15 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Anatomia relacionada à implantodontia; Histologia periodontal e periimplantar; Análise facial e avaliação estética do sorriso; Seleção e preparo do paciente; Terapêutica medicamentosa; Princípios cirúrgicos básicos; A importância da mucosa queratinizada na região periimplantar; Manutenção e obtenção de papilas; Técnicas de manipulação do tecido mole: Enxerto gengival livre e conjunto subepitelial do palato, retalho pediculado deslocado do palato, deslize coronal ou lateral do retalho; tracionamento ortodôntico; sepultamento radicular e membrana dérmica acelular; Momento adequado ao procedimento; Desenho do implante, com enfoque a porção cervical; Tipos de cicatrizadores e Manipulação protética dos tecidos moles; Hand's on; Mesa Clínica; Atendimento Clínico a pacientes.

4 CURSO DE EXTENSÃO EM**4 Estética Avançada****Ministrantes**

Dr. Sidney Kina - Mestre.
Dr. Oswaldo Scopin de Andrade - Doutor
Dr. Ronaldo Hirata - Doutor

Natureza do Curso: Teórico /clínico - Laboratorial

Carga Horária: 144 horas

Periodicidade: Módulos mensais quintas-feiras e sextas-feiras

Número de Vagas: 12 vagas

Data Prevista: sob consulta

Site: www.kinascopinhirata.com.br / www.ronaldohirata.com.br

Conteúdo Programático:

Estratégias de tratamento para restaurações estéticas; Conceitos atuais de proteção do complexo dentino-pulpar; Clareamento dental – interno e externo; Adesivos dentinários – como e quando utilizar cada tipo específico; Conceitos de estratificação de resinas compostas para dentes anteriores; Resinas compostas e tendências: marcas comerciais e suas propriedades; Conceitos de estratificação de resinas compostas para dentes posteriores; Técnicas de polimerização e aplicação de resinas compostas; Escultura aplicada a resinas compostas; Uso de corantes modificadores e opacificadores em resinas compostas; Técnicas de preparo para restaurações livres de metal; Restaurações provisórias; Técnicas de moldagem para restaurações estéticas; Resinas compostas semi-diretas e indiretas; Inlays, Onlays, Overlays, Facetas e Coroas em Cerâmica; Cirurgia periodontal com finalidade estética; Novos conceitos em reconstrução intra-canal e selamento endodôntico com finalidade restauradora; Tratamento de superfície para cimentação de cerâmicas, resinas compostas e cerômeros; Técnicas de cimentação. Cimentos resinosos – como utilizar corretamente; Controle clínico e manutenção de restaurações estéticas; Prótese Fixa x Implantes; Novas tendências em implantes osseointegrados: Simplicidade e Previsibilidade.

5 CURSO DE EXTENSÃO EM**5 Preparo Inicial em Implantodontia****Coordenadora:**

Profª. Rogéria Acedo Vieira – Especialista

Equipe:

Profª. Eloana Thomé - Especialista
Prof. Wagner Moreira - Mestrando

Periodicidade: semanal - a definir

Carga Horária: 80 horas

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: sob consulta

Público-Alvo: Graduandos do último ano de odontologia.

Conteúdo Programático:

Histórico da Implantodontia; Fatores que interferem na Osseointegração; Noções da posição Ideal dos Implantes; Princípios Cirúrgicos Básicos; Seleção e Preparo do Paciente; Anatomia Relacionada; Radiologia Relacionada; Biossegurança em Odontologia; Farmacologia; Planejamento Cirúrgico; Normas Assépticas; Documentação Legal; Como montar a Mesa Cirúrgica; Hand's On de Cirúrgico, Incisão e Sutura; Guia Cirúrgico; Fisiologia Óssea; Carga Imediata; Prototipagem; Emergências Médicas na Odontologia; Aspectos Radiográficos da Osseointegração; Fases da Implantodontia; Tipos de Incisões; Planejamento Protético; Seleção e Adaptação de Componentes Protéticos; Hand's On de Componentes Protéticos; Manutenção e Prevenção; Noções de Oclusão; Estética; Tipos de Próteses: Cimentada, Parafusada, Protocolo, Overdenture; Triagem de Pacientes; Atendimento a pacientes.

6 CURSO DE EXTENSÃO EM**6 Gestão e Marketing em Odontologia****Coordenador:**

Prof. Flavio Alves Ribeiro – Especialista

Equipe:

Prof. Rafael Cattani Sartori
Prof. Fábio Beraldo,
Prof. Álvaro Mullatti e outros

Periodicidade: quinzenal aos sábados

Carga Horária: 64 horas (8 módulos) + assessoria via EAD

Vagas: 24 alunos

Data Prevista: sob consulta

Público-Alvo: Profissionais e Acadêmicos de Odontologia e demais

Colaboradores ligados à Odontologia. Administradores e Consultores com interesse em Gestão e Marketing no setor.

Conteúdo Programático:

O curso é composto por 08 módulos quinzenais entre os meses de agosto e novembro e abordará os seguintes temas: Cenário atual na Odontologia, Gestão Estratégica em Saúde. Finanças Pessoais, IRPF e Planejamento tributário. Gestão de custos para tomada de decisões em Odontologia. Plano de Marketing em Saúde e Sistema de Informação e Marketing. Gestão de Carreira e Ferramentas de Apoio a Carreira. Gestão de Pessoas. Montagem de consultório e linhas de crédito. Negócio Odontológico – Jogo de Negócios (Criação de uma Empresa e simulação de uma ambiente empresarial). Serão apresentados casos por profissionais ligados aos diversos temas abordados pelo curso.

ATUALIZAÇÃO**CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM****1 Ancoragem Ortodôntica****Coordenação:**

Profª. Ana Cláudia Moreira Melo - Doutora em Ortodontia

Corpo Docente:

Profª. Lucila Zimmerman Largura - Mestre
Prof. Maurício Correia de Freitas - Mestrando
Profª. Érika Romanini - Especialista

Convidados:

Prof. José Renato de Souza - Doutorando
Profª. Rogéria Acedo Vieira - Especialista

Periodicidade: 05 módulos Mensais

Carga Horária: 45 horas

Vagas: 10 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Princípios de movimentação dentária e ancoragem; Implantes dentários como auxiliares na ortodontia; Bioengenharia dos mini-implantes; Miniimplantes autoperfurantes; Planejamento ortodôntico para miniimplantes; Planejamento cirúrgico para

miniimplantes; Técnica cirúrgica de instalação de miniimplantes; Mecânica ortodôntica na utilização dos miniimplantes; Ensaio mecânicos com miniimplantes; Levantamento epidemiológico sobre perda de miniimplantes; Estudo de elementos finitos; Complicações; Hands on (Instalação de miniimplantes em osso artificial); Planejamento de casos clínicos; Cirurgia Demonstrativa e instalação da mecânica ortodôntica; Clínica – Instalação de miniimplantes e Mecânica Ortodôntica; Considerações finais.

2 CURSO DE ATUALIZAÇÃO EM

Escultura Dental Com Resinas Compostas

Ministrantes:

Prof. Ronaldo Hirata - Doutor
Prof. Cristian Higashi - Doutor
Prof. Jimmy Liu - Doutor

06 à 09 de dezembro

Duração: 2 Módulos

Natureza do Curso: Teórico /prático (laboratorial)

Vagas: 15 alunos

Data Prevista: sob consulta

Site: www.ronaldohirata.com.br

Conteúdo Programático

Cor relacionada à estratificação de resinas compostas; Sistemas de resinas compostas e marcas comerciais adequadas; Estratificação de camadas em dentes posteriores e anteriores; Sequência de acabamento e polimento eficientes; Uso de corantes modificadores e opacificadores; Caracterização de restaurações estéticas; Técnica otimizada de escultura dente a dente em todos os dentes posteriores; Restaurações classe IV passo a passo; Faceta direta em dentes escurecidos; Transformação dental e fechamento de espaços; Noções de áreas de espelho e fuga de luz.

CREDENCIAMENTO

CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Maxilas Atróficas

Professores:

Prof. Luis Eduardo Marques Padovan - Doutor
Prof. Ivete de Mattias Sartori - Doutora

Carga Horária: 20 horas

Vagas: 24 alunos

27, 28 e 29 de novembro

Conteúdo Programático:

Histórico do emprego das Ancoragens Zigomáticas; Técnica cirúrgica para instalação de fixações Zigomáticas; Cirurgia demonstrativa em ambiente hospitalar; Técnica alternativa em severas atrofia de rebordo empregando 4 fixações zigomáticas e tendências; Futuras Complicações em técnicas de ancoragem; Workshop (parte cirúrgica); Conduta em ambiente hospitalar, Terapêutico e Pré-operatório; Abordagens para tratamento de maxilas atróficas; Alternativas para procedimentos de Sinus Lift Implantes inclinados em parede medial do seio; Ancoragem no túber e pterigóide; Abordagem protética em reabilitações com Implantes Zigomático.

2 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Emergências Médicas em Odontologia



RCP (Resuscitação Cárdio-Pulmonar) e DEA (Desfibrilador Externo Automático)

Coordenadores:

Prof. Frazzemir Santos Lopes - Mestre em CTB - Instrutor Credenciado ECSI.
Prof. Carlos Laudevir Ferreira Jr. - Especialista em CTB – Instrutor ECSI

Professores Convidados:

Prof. Luiz César Ribas - Mestre
Profª. Dagmar Campos De Araújo - Enfermeira do HGeC - Prof. da Escola de Enfermagem São Gabriel

Periodicidade: Módulos Quinzenais – 16 horas cada módulo

Carga Horária: 80 horas

Vagas: 16 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Histórico das emergências; Aspectos legais das emergências; Fisiologia do Sistema Nervoso; Fisiologia Cardio-respiratória; Controle da Pressão Arterial; Monitorização do Paciente; Administração de Medicamentos; Procedimentos Invasivos de Enfermagem; Equilíbrio Ácido-básico; Uso dos Anestésicos Odontológicos; Manejo de Vias Aéreas; Exames Complementares em Odontologia; Hemorragia, Hipovolemia e Bandagens; Emergências Médicas: Lipotímia, Hiperventilação, Hipoglicemia, Hipotensão Arterial, Hipertensão Arterial, Choque e suas Modalidades, Crise Convulsiva, Crise aguda de Asma, Arritmias Cardíacas, Edema Agudo de Pulmão, Acidente Vascular Cerebral, Angina Pectoris Suporte Básico de Vida em adultos, Criança e Bebê RCP (ressuscitação Cárdio-pulmonar) DEA (desfibrilador Externo Automático).

3 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Capacitação para uso de Sedação Consciente com Óxido Nitroso e Oxigênio

Coordenador:

Prof. Frazzemir Santos Lopes - Mestre em CTB - Instrutor Credenciado ECSI.

Natureza do curso: teórico - prático

Periodicidade: Módulos Quinzenais – Quinta (13:30 - 17:30 e 18:30 - 22:30) Quarta (08:00 e 12:00; 13:30 - 17:30 e 18:30 - 22:30) Sábado (08:00 e 12:00)

Carga Horária: 96 horas

Vagas: 16 alunos

Data Prevista: sob consulta

Conteúdo Programático:

Fisiologia do sistema respiratório e cardiovascular; Avaliação física e psicológica do paciente; Monitoramento de sinais vitais; Farmacologia do Óxido Nitroso; Equipamento para dispensação da mistura; Técnica de ministração, Complicações de técnica, Prontuário e termo de consentimento; Vantagens e desvantagens; Indicação e contra-indicação; Exposição crônica e abuso recreacional; Controle da dor; Anestésicos locais e antiinflamatórios; Controle da ansiedade em Odontologia; Sedação via oral; Emergências médicas em odontologia; Suporte básico de vida; Administração de injetáveis.

4 CURSO DE CREDENCIAMENTO EM

Cirurgia Guiada

NEOGUIDE

Vantagens da técnica:

Tecnologia brasileira; Baixo custo; Cirurgia sem retalho; Maior conforto para o paciente; Implantes com corpo cilíndrico; Implantes guiados desde o início; Possibilidade de variar o número de implantes; Implantes cone morse; Facilidade na instalação do pilar; Sistema de componentes que permitem um assentamento passivo da prótese; Prótese confeccionada antes da cirurgia ou não.

Professores:

Equipe do ILAPEO

Periodicidade: sob consulta

Carga Horária: 08 horas (1 dia)

Vagas: 20

Datas Previstas: sob consulta

Cronograma:

4 horas - teoria - Cirurgia

(Preparo do paciente, Guia Cirúrgico, Apresentação do kit Neoguide, Técnica Cirúrgica)

4 horas - treinamento

Dental Slice (Cirurgia virtual, Software, Planejamento)

INTENSIVO

CURSO INTENSIVO EM

Aperfeiçoamento em Implantodontia Básico

O curso objetiva fornecer o conteúdo teórico e prático para profissionais que ainda não militam na área da implantodontia ou que apesar de já terem feito cirurgias para instalação de implantes, não as fizeram dentro de um protocolo de planejamento ou ainda não utilizaram o Sistema Neodent. Assim fornecerá uma formação global de atendimento com o correto planejamento para que ao final do tratamento o caso possa ser reabilitado com características de estética e função adequada.

Professores:
Equipe ILAPEO

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Duração: 3 módulos de uma semana
Carga Horária: 180 horas
Vagas: 12 alunos
Data Prevista: sob consulta
Conteúdo Programático

Seleção e preparo do paciente; Posição ideal dos implantes; Radiologia aplicada; Princípios cirúrgicos básicos; Ficha de anamnese e protocolo farmacológico; Anatomia aplicada; Biosegurança; Anestesiologia; Técnica cirúrgica; Sequência de brocas; Hands'on cirúrgico; Preparo protético visando o planejamento cirúrgico em implantodontia; Técnicas para confecção dos guias cirúrgicos; Normas assépticas; Mesa cirúrgica; Clínica para moldagem, planejamento e confecção dos guias cirúrgicos; Planejamento cirúrgico; Tipos de implantes Neodent e bioengenharia; Carga imediata em implantologia; Fundamentação científica e possibilidades de aplicação clínicas; Componentes protéticos e hands'on; Carga imediata em implantodontia - fundamentação teórica e aplicação clínica; Como preparar proteticamente os casos de carga imediata - arcos totais e unitários; Sequência clínica para confecção das próteses; Sequência clínica para próteses parciais e unitárias; Técnicas para reabertura; Relações intermaxilares e articuladores; Reabilitação orais aplicando a filosofia de planejamento reverso; Manobras cirúrgicas visando a instalação de implantes (caráter informativo); Manutenção dos casos tratados e prevenção em implantologia.

CURSO INTENSIVO EM

2 Atualização em Implantodontia Avançado

Esse curso tem como objetivo apresentar resoluções para casos mais complexos. Inclui o ensino das técnicas de manobras reconstrutivas; utilização de implantes com desenho adequado para ossos de baixa qualidade óssea em casos em que o paciente não pode, ou não deseja, ser submetido a enxertos, técnica de cirurgia guiada. Em todos os casos serão feitas as reabilitações em função imediata, quando indicadas e quando os implantes apresentarem boa estabilidade.

Professores:
Equipe ILAPEO

1º módulo - 17 à 21 de novembro de 2008
2º módulo - 31/03 à 03 de abril de 2009

Duração: 2 módulos de uma semana
Carga Horária: 120 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Vagas: 12 alunos

Conteúdo Programático

Histórico dos implantes Neodent; Tipos de implantes; Bioengenharia; Indicação e contra-indicações; Técnica cirúrgica; Hands'on cirúrgico; Componentes protéticos; Preparo protético pré-cirúrgico para implantodontia; Guias cirúrgicos; Planejamento reverso; Biologia dos enxertos ósseos autógenos; Técnicas para remoção de blocos intra-buciais; Complicação dos enxertos autógenos; Hand'on de enxertos; Enxerto ósseos, áreas doadoras extra-orais, Carga imediata em Implantologia - Fundamentação teórica e sequência indicada para reabilitação dos casos; Técnicas disponíveis para reabilitação de maxilas atróficas; Clínica cirúrgica (maxilas) e casos parciais com implantes WS (técnicas alternativas aos enxertos); Técnicas de reaberturas - Manejo de tecidos moles com finalidade estética; Cirurgias guiadas em implantologia; Atendimento clínico a pacientes.

CURSO INTENSIVO DE

3 Atualização em Prótese sobre Implante

É um curso de caráter prático informativo destinado a profissionais que querem iniciar na prática de confecção de próteses sobre implantes ou

ainda a profissionais que já militam na área e necessitam reciclar seus conhecimentos ou ampliar seu conhecimento prático.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 1 módulo de uma semana
Carga Horária: 60 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Vagas: 12 alunos
Data Prevista: sob consulta
Conteúdo Programático

Implantes osseointegrados: Histórico e realidade atual; Apresentação dos componentes protéticos e suas aplicações em casos clínicos; Tipos de próteses e de intermediários e detalhes envolvidos na escolha; Sequência clínica para a confecção das próteses; Escolha e Instalação dos intermediários; Técnicas de moldagem; Registros e moldagens ASA, Provas das próteses; Aplicação dos materiais estéticos; Instalação cuidados e controles; Acompanhamentos dos casos; Preparo protético pré-cirúrgico; Técnica de confecção das guias cirúrgicas; Aspectos biológicos e mecânicos dos fatores envolvidos no planejamento, na confecção e no acompanhamento dos casos; Técnicas cirúrgicas para a instalação das fixações e procedimentos cirúrgicos que viabilizam a instalação das fixações; Overdentures; Técnicas para otimizar a estética das próteses unitárias; Procedimentos cirúrgicos; Condicionamento protético dos tecidos; Planejamento reverso; Atendimento clínico a pacientes.

CURSO INTENSIVO DE

4 Atualização em Carga Imediata filosofia CM

É um curso de caráter prático destinado a profissionais que já militam na área da implantodontia mas que não utilizam o conceito de Carga Imediata, ou profissionais que querem iniciar ou reciclar seus conhecimentos. Esse curso também foi idealizado para os profissionais que buscam aprofundar seus conhecimentos no Sistema Cone Morse, uma vez que todos os casos serão reabilitados com essa filosofia.

Professores:
Equipe ILAPEO

Duração: 1 módulo de uma semana
Carga Horária: 40 horas
Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial
Data Prevista: sob consulta
Conteúdo Programático

- Carga imediata em Implantologia; Fundamentação teórica e sequência indicada para reabilitação dos casos; Técnicas disponíveis para reabilitação de maxilas atróficas; Preparo de pacientes; Princípios do Sistema Cone Morse; Componentes protéticos CM; Hands'on cirúrgico e protético; Possibilidades de reabilitação protética com o Sistema Cone Morse; Elementos unitários; Próteses fixas; Prótese tipo protocolo com carga imediata; Clínica cirúrgica.

CURSO INTENSIVO EM

5 Atualização em Ancoragem Ortodôntica

Esse curso tem como objetivo fornecer informações técnico-científicas aos ortodontistas, implantodontistas e demais cirurgiões dentistas que atuam na área da reabilitação oral, sobre o uso de miniimplantes e possibilidades de ancoragem para movimentações dentárias por meio de atividades teóricas, laboratoriais e atividades demonstrativas.

Professores:
Equipe ILAPEO

28 de novembro

Duração: 1 módulo de um dia
Carga Horária: 10 horas
Natureza do Curso: Teórico - Laboratorial
Vagas: 24 alunos

Conteúdo Programático

Princípios de movimentação dentária e ancoragem; Implantes dentários como auxiliares na ortodontia; Bioengenharia dos miniimplantes; Miniimplantes autoperfurantes; Planejamento ortodôntico para miniimplantes; Planejamento cirúrgico para miniimplantes; Técnica cirúrgica de instalação de miniimplantes; Mecânica ortodôntica na utilização dos miniimplantes; Ensaio mecânicos com miniimplantes; Levantamento epidemiológico sobre perda de miniimplantes; Estudo de elementos finitos; Complicações; Hands'on Instalação de miniimplantes em osso artificial; Cirurgia Demonstrativa e instalação da mecânica ortodôntica; Considerações finais.

6 CURSO INTENSIVO EM Atualização em Cirurgia Oral Menor

É um curso de caráter prático informativo destinado a profissionais que querem iniciar na prática cirúrgica e a profissionais que buscam reciclar seus conhecimentos em cirurgias em nível ambulatorial tais como: dentes inclusos, cirurgias pré-protéticas, cirurgias parodontodônticas e tracionamentos cirúrgicos.

Professores:

Prof^ª. Daniela Ponzone - Doutora
Prof^ª. Ana Paula Bassi - Doutora

10 à 15 de novembro

Duração: 1 módulo de uma semana

Carga Horária: 40 horas

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial

Vagas: 12 alunos

Conteúdo Programático

Exodontia simples, por alveolectomia total e parcial, seccionamento, osteoectomia e apicectomia; Fios de sutura em odontologia; Hands'on de sutura; Dentes inclusos; Complicações das exodontias; Terapêutica em odontologia; Cirurgia pré-protética; Atendimento a pacientes.

7 CURSO INTENSIVO DE INTRODUÇÃO AO SISTEMA NEODENT[®]

Destinado a profissionais que ainda não militam na área da implantodontia, profissionais que querem atualizar seus conhecimentos sobre o sistema, ou ainda para aqueles profissionais que não conhecem o sistema.

Professores:

Equipe ILAPEO

Duração: Módulo de uma semana - (opcional 3 dias curso prático)

Carga Horária: 40 horas

Natureza do Curso: Teórico - Prático - Laboratorial

Datas: sob consulta

Conteúdo Programático

Tipos de implantes; Bioengenharia dos implantes; Carga Imediata em Implantodontia; Técnica cirúrgica; Posição ideal dos implantes; Hands'on cirúrgico e protético; Radiologia aplicada; Ancoragem com miniimplantes ortodôntico; Planejamento Reverso; Cirurgia demonstrativa;

Para cursos práticos:

Planejamentos dos casos cirúrgicos; preparação da mesa cirúrgica; Atendimento de pacientes; entregas das próteses.

MAIORES INFORMAÇÕES

CENTRAL DE ATENDIMENTO AO ALUNO

Local: Instituto Latino Americano de Pesquisa e Ensino Odontológico
Rua Jacarezinho, 656 - Mercês - Curitiba PR

Fone: 55+ 41 3595-6013
55+ 41 3595-6000

Email: ilapeo@ilapeo.com.br

Site: www.ilapeo.com.br

Para quem não mora em Curitiba:

O ILAPEO, está situado em um bairro que possui toda a infra-estrutura necessária para seu conforto.

Também possui convênio com uma empresa de turismo, para melhor atender a todos que vêm estudar ou participar de eventos em nossa escola. Para saber mais consulte a Central de Atendimento ao Aluno.



Programa suas viagens de lazer ou de negócios conosco!

Confira nossos pacotes para os principais eventos de Odontologia.

(41) 3039.4759

Av. Visconde de Guarapuava, 3832
cj. 504 . Curitiba . Paraná


neotur
gestão de viagens

ESPÍRITO OLÍMPICO

Que sentimento é esse, o qual muitas vezes faltam palavras e sobram lágrimas de angústia ou alegria, um espetáculo de esforço, prática, talento e patriotismo cada um com a sua medida. Essa expressão de angústia, o suor das mãos, o coração na boca, tudo isso é fruto desse misterioso sentimento. Mobiliza nações, transforma semblantes de tristeza em alegria, promove união entre raças, etnias e religiões.

Deixa de lado os rótulos criados, muitas vezes abandona o mito do favoritismo, sempre coroando aqueles que são capazes de transformar centésimos de segundos em larga vantagem.

Espírito olímpico é acreditar até o último segundo, ultrapassar todos os limites, amar o que faz superando as limitações do próprio corpo, saber que recordes foram feitos para ser quebrados, entender que sem treino e esforço não se conquista nada, reconhecer que um milésimo, um centímetro ou dois minutos a mais de treino, fazem a diferença e trazem a tão sonhada medalha.

A lição é bastante clara: o verdadeiro espírito olímpico é auto-superação, afinal o verdadeiro vencedor nem sempre é o primeiro colocado, e sim aquele que deu o melhor de si e sente-se satisfeito por isso, é um sentimento que vai além de uma simples simpatia pelo esporte, é diferente de uma paixão construída por um beijo, é AMOR como o que sustenta casamentos, perdura durante os anos ou uma vida inteira. Deixe o espírito olímpico te contagiar em sua verdadeira essência, lute sempre, faça da excelência um hábito, assim sendo, as cores da prosperidade, felicidade, paixão, saúde e boa sorte estarão sempre presentes em sua vida.

PROSPERIDADE FELICIDADE PAIXÃO
SAÚDE BOA SORTE



Convite!

Natal Solidário!



Participe da Campanha Natal Solidário do ILAPEO, como todo ano a equipe do ILAPEO se mobiliza para ajudar a quem mais precisa, para isso contamos com a ajuda de todos nossos colaboradores, alunos, pacientes e professores. O resultado de sua ajuda apresentaremos na próxima edição.



BATEU SAUDADE...

DE ONDE VEM

por Mary Dias

Como é bom reencontrar os amigos!

E foi essa a sensação que tivemos no curso de Manipulação de Tecidos Moles, realizado nos dias 18 e 19 de Agosto, 15 e 16 de Setembro.

Como era de costume os nossos alunos (turma mensal) e amigos, que a pouco se especializaram na área da Implantodontia, agora vieram de suas cidades e até de países diferentes para obter mais conhecimento, nos dando a alegria de suas presenças.

Um GRANDE abraço de toda equipe do ILAPEO, e até a próxima.



A foto acima, mostra o professor Dr. Dalton Suzuki realizando procedimento demonstrativo aos alunos, juntamente com o Dr. Hélo Monteiro e o Dr. Júlio Shoroeder também professores do curso.

As fotos menores, mostram uma reedição das aulas práticas da época da especialização - os trios colocando em prática o conhecimento passado pelos professores.

Já a foto maior, registrou o momento da entrega dos certificados, foi sem dúvida mais um dos momentos de confraternização e amizade.



MELHORE SUA IMAGEM.

Conheça a Neo Comunicação.

A primeira agência de publicidade especializada em marketing odontológico.

www.neo.com.br

neo
COMUNICAÇÃO

ACONTECE

por Adriana Santos



EVENTO PROTÉTICOS

No dia 11 de setembro foi realizado no ILAPEO o primeiro Encontro de Protéticos, essa foi mais uma iniciativa da equipe científica da Neodent e do ILAPEO. O evento foi um sucesso e contou com mais de 150 Técnicos em Prótese de toda cidade de Curitiba.

BEM VINDAS!



E a família ILAPEO continua crescendo, todo nosso carinho a Fabrina (Secretaria de Cursos), Tammy e Francine (Clínicas), Keiler (Radiologia) e Juliana, Arieli e Jenny (Recepção). Nosso carinho também as professoras Dra. Flávia Fontão (Radiologia) e a Dra. Ana Flávia Borges (Prótese), que chegaram para somar na a equipe científica. Sucesso a todas!

ENCONTRO DE COORDENADORES

No dia 19 de setembro aconteceu o 7º Encontro de Coordenadores de Cursos Parceiros da Neodent. Foi o primeiro encontro com os profissionais dos estados do Paraná e Santa Catarina. Encontros como esse visam, estreitar os laços entre a empresa e os cursos onde estão inseridos esses professores, promovendo uma maior troca de conhecimento e experiências entre os mesmos. A programação científica foi composta de palestras com o Dr. Geninho Thomé, Dra. Ivete Sartori e o Dr. Fernando Cauduro (RS), os participantes ainda visitaram as obras da nova Fábrica Neodent, e para encerrar com chave de ouro foram recepcionados em uma famosa churrascaria de Curitiba. Muito vinho e bate papo para selar ainda mais os laços de amizade! As fotos mostram os participantes no momento do coffee break.



Semana Acadêmica de Odontologia
Júlio Estrela Moreira
22 a 25 de outubro

PARABÉNS!



Parabéns a todas as Secretárias pelo seu dia - 30 de setembro.

Também parabenizamos a todos os nossos alunos, professores, fornecedores e colaboradores que completaram mais um ano de vida no último trimestre (jul-ago-set).

Com a participação dos nossos Professores:
- Dr. Caio Hermann - dia 22 - das 09:00 às 11
- Dr. Sergio Rocha Bernardes - dia 24 das 11:00 as 13:00



VISITAS TÉCNICAS

Nosso agradecimento a todos que estiveram conosco nos meses de julho, agosto e setembro visitando a estrutura da Neodent e participando da programação científica que foi preparada especialmente para esses eventos. Um abraço a todos e até a próxima.

MURAL DO CONHECIMENTO

Nosso agradecimento especial a todos os alunos que passam pelo ILAPEO e colocam em seus currículos esse diferencial.



Formandos do Curso Ancoragem Ortodôntica
21 de julho de 2008.



Formandos do Curso Intensivo em Prótese sobre Implante
02 de agosto de 2008.



Formandos do Curso Extensão em Prótese sobre Implante
04 de agosto de 2008.



Formandos do Curso Intensivo em Implantodontia Avançada
12 de agosto de 2008.



Formandos do Curso Intensivo de Carga Imediata
22 de agosto de 2008.



Grupo Internacional Argentina, Colômbia, Chile, Paraguai, Portugal e Venezuela
19 de julho de 2008.



Grupo Internacional Argentina, Colômbia, Chile, Equador, Portugal e Venezuela
30 de agosto de 2008.

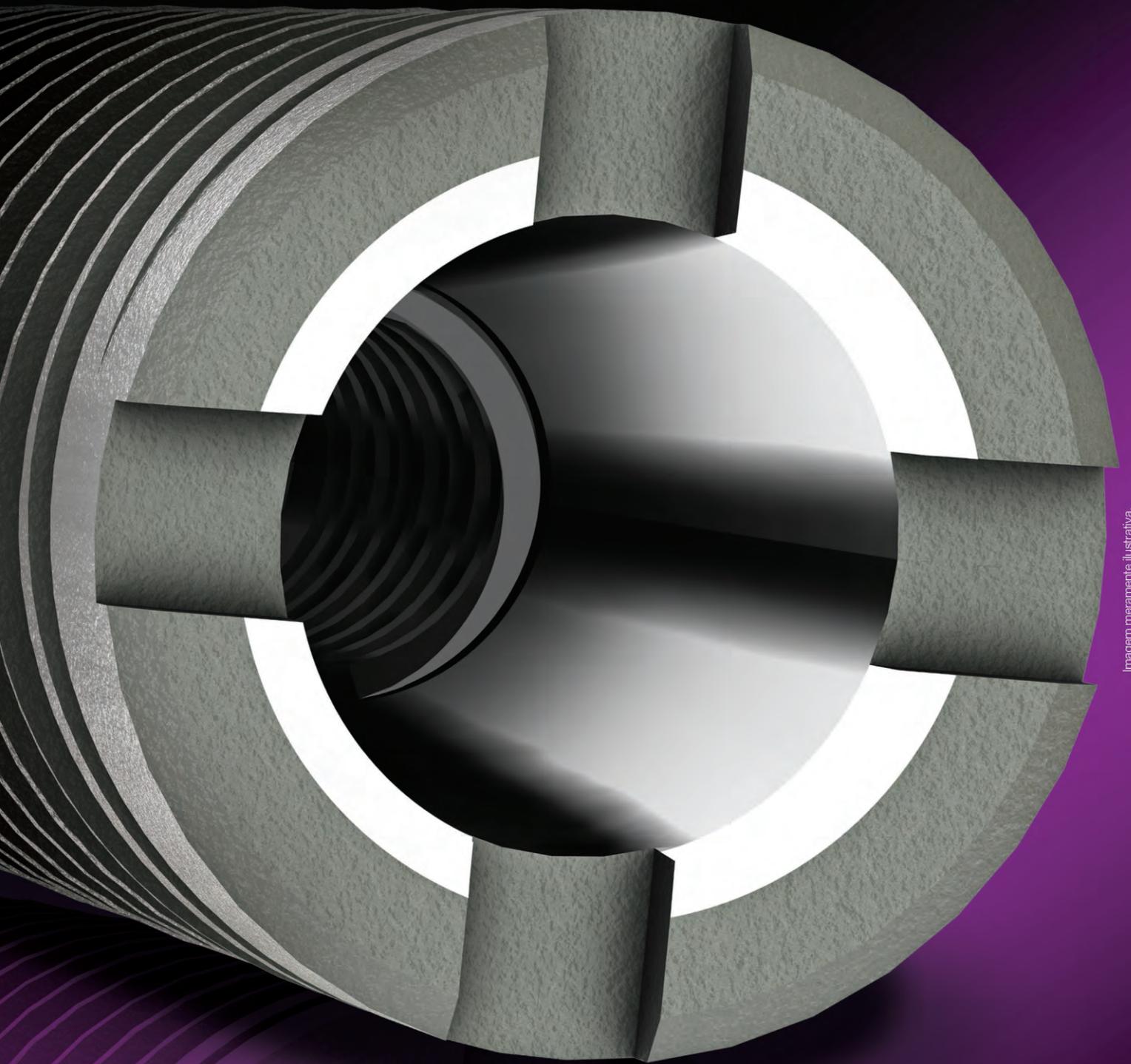


Imagem meramente ilustrativa.

Estabilidade para percorrer caminhos difíceis com mais velocidade.
E não estamos falando de pneus.

O Cone Morse EX* da Neodent é indicado especialmente para densidades ósseas tipo III e IV. Permite uma cirurgia simples e rápida devido a subinstrumentação, proporcionando maior estabilidade primária no momento da inserção do implante.

* disponível nas plataformas Cone Morse e Hexágono Externo (TI 4.1)

